FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1027

Terapeutica Post-Operatorie

IN

INTERVENȚIUNILE PE STOMAC

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

Prezintată și susținută la 26. JUN. 1908

DE

Constantin I. Nicoleanu

din Institutul Medico-Militar

BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA „JUBILEU“ A LUCRĂTORILOR ASOCIAȚI

Str. Academiei, 19

1908

DĂRUIT de CONSTANTIN C. ANGELESCU

Scanned with OKEN Scanner

Decan: D-nul Prof. Dr. Ionescu Th.

Profesori:

Chimia medicală	D-l Dr.	*Athanasescu N.*
Clinica III-a chirurgicală	„ „	*Angelescu C.*
Anatomia patologică Bacteriologia și patologia experimentală	„ „	*Babeș V.*
Clinica a II-a medicală	„ „	*Buiclin Chr.*
Medicina experimentală	„ „	*Cantacuzino I.*
Medicina operatorie	„ „	*Demosthene Ath.*
Clinica și teoria obstetricală	„ „	*Drăghiescu D.*
Anatomia topografică Clinica II chirurgicală	„ „	*Ionescu Th.*
Farmacologia și clinica terapeutică	„ „	*Mălărescu N.*
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „	*Manolescu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „	*Marinescu Gh.*
Fizica medicală	„ „	*Miculescu C.*
Medicina legală	„ „	*Minovici M.*
Istologia normală și Embriologia	„ „	*Obregia Al.*
Fisiologia umană	„ „	*Paulescu N.*
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „	*Petrini-Galatz M.*
Anatomia descriptivă	„ „	*Petrini Paul.*
Patologia generală	„ „	*Proca Gh.*
Patologia chirurgicală, bandaje și aparate de fracturi	„ „	*Rômniceanu Gr.*
Clinica I-a chirurgicală	„ „	*Severeanu C.*
Zoologia medicală	„ „	*Sihleanu St.*
Clinica I-a medicală	„ „	*Stoicescu Gh.*
Clinica mentală	„ „	*Sutzu Al.*
Igiena și poliția sanitară	„ „	*Sion V.*
Terapeutica experimentală	„ „	*Teohari A.*
Clinica infantilă		*Thomescu N. C.*
Patologia medicală	„ „	*Thomescu I. T.*
Botanica medicală	„ „	*Vlădescu M.*

Agregați:

Anatomia topografică	D-l Dr.	*Gerota D.*
Farmacia chimică și galenică	„ „	*Georgescu M.*
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	*Felix Eug.*
Chimia analitică	„ „	*Minovici Șt.*
Clinica III-a medicală	„ „	*Nanu-Muscel I.*

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte, D-l Prof. Dr. Thoma Ionescu

Membrii:
- „ „ „ N. Maldarescu
- „ „ „ Ath. Demostene
- „ „ „ A. Țeohary
- „ Agregat def. D. Gerota

D-nul Docent Dr. C. Daniel (suplinitor),

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare, nici desaprobare.

INTRODUCERE

In regulă generală rezultatul unei intervenţiuni ţine în cea mai mare parte de tratamentul post-operator şi operaţia cea mai bine reuşită şi făcută în cele mai bune condiţiuni, poate duce la un rezultat funest, atunci când îngrijirile post-operatorii au fost rău făcute. Nicăeri tratamentul post-operator n'are un rol mai decisiv ca în intervenţiunile gastrice, căci aci organul operat trebue să funcţioneze imediat şi pentru ca această funcţiune s'o îndeplinească normal şi fără nici un pericol trebue să conducem cu mare prudenţă regimul bolnavilor. Tratamentul post-operator se mărgineşte nu în administrarea de medicamente, ci în modul cum trebue a se da şi când trebue a se da, fiecare din diferitele regime alimentare precum şi în observarea stărei funcţionale a organului. Nu toţi chirurgii sunt de acord în privinţa modului cum şi când trebue a se alimenta bolnavii cu afecţiuni de stomac şi cari au suferit intervenţiuni chirurgicale. Majoritatea este astăzi de acord, a se nutri bolnavii operaţi cât mai curând având în vedere starea de inaniţiune în care se află în momentul intervenţiunilor chirurgicale. Profitând de faptul, că în serivciul D-lui Prof. T. Ionescu se practică foarte des operaţiuni pe stomac, D-l D-r. Iacobovici, medic secundar în acest serviciu mi-a propus ca subiect al lucrărei mele inaugurale: tratamentul post-operator în intervenţiunile gastrice, având în vedere opiniunile D-lui Prof. T. Ionescu în această direcţiune şi rezultatele perfecte obţinute de D-sa. Pentru o mai metodică expunere a subiectului meu am împărţit lucrarea în următoarele capitole:

Scanned with OKEN Scanner

1) Boalele de stomac, cari procură o indicaţie chirurgicală.

2) Intervenţiunile cari se fac pe stomac.

3) Tratamentul post-operator, care la rândul său cuprinde: a) regimele alimentare în urma intervenţiunilor pe stomac; b) tratamentul post-operator recomandat de chirurgii streini; c) tratamentul post-operator în serviciile de chirurgie din Bucureşti.

4) Observaţiuni.

5) Concluziuni.

Inainte de a începe studiul acestei chestiuni 'mi îndeplinesc o plăcută datorie de a'mi manifesta omagiile mele de respect şi admiraţiune, chirurgului desăvârşit D-l Prof. D-r. Toma Ionescu, pentru onoarea ce mi face de a prezida lucrarea mea inaugurală, cât şi pentru cunoscinţele de chirurgie aseptică ce le-am căpătat atât timp cât am frequentat serviciul D-sale.

Domnilor Prof. ai Facultăţei de medicină şi juriului meu de promoţiune le datorez respect şi adâncă recunoştinţă.

Pe D-l Dr. Iacobovici, distinsul chirurg şi medic secundar în serviciul D-lui prof. D-r. T. Ionescu, pentru bunăvoinţa ce'mi-a arătat, iniţiindu-mĕ în tot timpul în studiul acestei chestiuni, îl asigur de recunoştinţa şi mulţumirea mea.

D-lui Docent D-r. Daniel şef de clinică în serviciul D-lui Prof. T. Ionescu îi asigur admiraţiunea mea, pentru profitul lecţiunilor sale policlinice.

Nu uit de asemenea a mulţumi D-lui D-r. Mironescu pentru indicaţiunile ce 'mi-a dat în alcătuirea acestei lucrări.

Onor. Direcţiunei institutului Medico-militar mă simt îndatorat şi 'i voiu păstra recunoştinţă.

CAP. I

BOALELE DE STOMAC CARI PROCURA O INDICAȚIE CHIRURGICALĂ

Boalele de stomac cari procură o indicaţie chirurgicală pot din punct de vedere practic a se grupa în modul următor:

1. Cancer.
2. Accidentele ulcerului rotund în evoluţiune.
2. Strâmtările necanceroase ale pylorului.
3. Stomac bilocular.

Nu voiu da aci un studiu complect al acestor diferite boale, ci numai din punct de vedere al indicaţiilor operatorii, voiu expune ceeace chirurgul trebue să cunoască pentru a baza intervenţiunile sale.

1. Cancerul stomacului

Istoric. Péan, în 1879, îndrăsni pentru prima oară să ridice un cancer al pylorului. In anul următor, aceeaşi operaţiune fu practicată la Viena, în serviciul lui Billroth: chirurgul vienez obţinu prima vindecare operatoriă. In anul 1881, doi asistenţi ai lui Billroth, Wölfer şi Nicoladoni, operând un cancer al pylorului, renunţară a'l extirpa, şi practicară terminarea jejunului în stomac.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel se născu gastro-enterostomia, care luă de atunci, ca operaţie paliativă, un loc important lângă pylorectomie sau gastrectomie, operaţiuni cu pretenţiune radicală. De douăzeci de ani, perfecţionări considerabile au fost aduse technicei operatorii şi s'a precizat indicaţiunile relative şi resultatele acestor două feluri de intervenţiuni. Printre lucrările nenumărate consacrate acestei chestiuni, numărăm numai monografia lui A. Guinard (1898) şi tratatul lui Terrier şi Hartmann (1899). Asemenea, trebue a cita numele lui Rydygier, Roux (de Lausanne) Kocher (din Berna). Von Hacker, Carle şi Fantino etc.

Anatomie Patologică. Studiul histologic nu ne interesează. Ceia ce trebue cunoscut, este localizarea variabilă şi modul de extensiune obicinuită al neoplasmului. Cancerul care impune adesea o indicaţiune chirurgicală, şade în regiunea pylorului: de altminterea este localizarea primitivă cea mai frequentă (60 pentru 100). De timpuriu, el se va traduce prin simptomele funcţionale şi fisice ale micşorării calibrului pylorului, şi ale stazei gastrice. Când cancerul şade la nivelul micei curburi sau a uneia din feţe, el lasă calea liberă conţinutului stomacului.

Manifestaţiunile clinice sunt atunci mai puţin zgomotoase şi conduc din nenorocire pe pacient mult mai târziu la chirurg: întinderea este aproape în tot-d'auna de aşa fel, că orice tentativă de extirpaţiune radicală a devenit inutilă dacă nu imposibilă. La început, când n'a trecut limitele stomacului, cancerul constitue o tumoră mobilă. Mobilitatea nu este o probă de limitaţiunea cancerului, căci el poate să producă infecţiunea ganglionară la distanţă. După un timp variabil, tumora devine aderentă şi se fixează: această fixitate rezultă din propagaţiunea cancerului la epiploon

Scanned with OKEN Scanner

și peretele epigastric, la pancreas și celelalte organe prevertebrale, la ficat etc.

Cunoștința modului de întindere al cancerului gastric este de un interes capital pentru chirurg. Când neoplasmul a început la nivelul sau în vecinătatea pylorului, el se propagă de partea micei curburi; aceasta se presintă atunci la vedere și la palpare sub aspectul unei îngroșeri tari, de aspect alburiu și sidefiu; se zărește adesea la acest nivel ridicături tari, rotunzite, cari par că merg din desimea viscerului. Cordoane umflate de limfangită canceroasă converg pe cele 2 fețe ale organului către mica curbură.

Inserția gastrică a micului epiploon este cuprinsă și ea, infiltrată de ganglioni și lobuli grăsoși degenerați. Intinderea se face nu numai prin limfatice, dar direct prin sub-mucoasă.

Un punct, asupra căruia cea mai mare parte din autori insistă, este integritatea frequentă a duodenului: valvula pylorică s'ar opune progresiunii prin sub-mucoasă. Totuși, după Most și Cuneo, infecțiunea ar putea să se facă prin intermediul comunicațiunilor limfatice.

Progresiunea în afară de stomac se realizează fie prin propagațiune directă, fie pe cale limfatică. Am văzut rolul propagațiunii la organele vecine în fixațiunea tumorii. Cuprinderea ganglionilor este precoce. Carle și Fantino socotesc că există în 50 pentru 100, Cuneo în 84 pentru 100 de casuri, când se diagnostică cancerul. Ganglionii micei curburi, dealungul coronarei, sunt prinși cei dintâi, apoi aceia cari stau de desubtul pylorului, în marginea aderentă a marelui epiploon, în fine aceia cari însoțesc gastro-duodenala, înaintea capului pancreasului. La o epocă mai înaintată, la aceste adenopatii parastomacale, se adaugă, adenopatii la distanță: deasupra pancrea-

Scanned with OKEN Scanner

sului, în hilul ficatului, în lanțul lombo-aortic și iliac. Adenopatiile externe, (supra-claviculare stângi ale lui Troisier, Belin; axilare, inquinale) au o importanță capitală în clinică; totuși aceste umflări ganglionare trebue știut, că pot fi de natură inflamatorie banală, în particular acelea ale golului supra-clavicular. Când șade la pylor, cancerul provoacă în general, dilatațiunea retro-stricturală a stomacului. Când pylorul a rămas permeabil, progresiunea neoplasmului întreține adesea din contră o retracțiune considerabilă a organului.

Simtome. Las la o parte cancerul orificiului cardiac care, din punct de vedere clinic și terapeutic, trebue raportat la cancerul esofagului. In cele lalte varietăți de sediu, trebue a distinge două forme cari evoluează în mod foarte diferit:

1. Cancerul regiunii pylorice sau cancerul care produce o strâmtare.

2. Cancerul corpului stomacului sau cancerul care nu produce o strâmtare.

Nu voiu insista aci asupra turburărilor sănătății generale, în raport cu dispepsia simptomatică asupra vărsăturilor, durerilor, hemoragiilor, modificațiunile chimismului gastric; voiu vedea numai, studiind diagnosticul, preceptele ce chirurgul trebue să știe să aprecieze, pentru a diferența cancerul de boalele ce pot să-l simuleze.

Cancerul pylorului se caracterizează în un mod foarte precoce prin simptome de obstacol pyloric.

Vărsăturile sunt dese și dilatațiunea este cu atât mai considerabilă cu cât motricitatea este mai iute insuficientă. Bolnavul slăbește repede și se găsește îndată în o stare de inanițiune care-l face adesea incapabil de a resista la o intervențiune chirurgicală.

Adesea se constată o tumoră la palpat; dar acest simptom este inconstant, fie că volumul neo-

Scanned with OKEN Scanner

plasmului este prea mic, fie că tumora se ascunde sub faţa inferioară a ficatului. Din contră, în oare care casuri, tumora este foarte uşor de simţit din causa slăbirei pacientului.

Când ea pare regulată, rotunjită şi net limitată; sau de o consistenţă dură şi cartilaginoasă. Ea este adesea mobilă, cel puţin la început şi când stomacul este foarte dilatat, această mobilitate a neoplasmului, este câte odată aşa de mare încât pare că pluteşte în abdomen, ca un rinichiu mobil, adesea până la fossa iliacă. Tumora poate fi intermitentă, ne-apărând decât în oarecari atitudini, în marile inspiraţiuni, când bolnavul se aşează, sau când se examinează în poziţia genu-pectorală. Când tumora contractează aderenţe, ea devine fixă. Mobilitatea tumorii pylorice, este deci un semn favorabil din punct de vedere chirurgical.

Cancerul corpului stomacului, invers de cel precedent, nu prezintă semnele strâmtării pylorice. El poate să evolueze în un mod mai mult sau mai puţin latent, fără hematemeze, nici vărsături, până la apariţia slăbirii canceroase. Adesea nu se văd bolnavii de cât la o perioadă înaintată a evoluţiunii neoplasmului, când ei sunt deja slăbiţi cu totul, sau când constată ei înşişi existenţa unei tumori epigastrice. De altmintrelea epoca apariţiunii tumorii, facilitatatea de a o zări la palpat, variază după cum ea ocupă peretele anterior, mica curbură, peretele posterior sau marea tuberozitate. Mobilitatea este rar, bine precizată.

Diagnostic. Nu voiu insista asupra necesităţii de a face cât posibil, numai decât diagnosticul cancerului stomacal. Din acest punct de vedere, cele două forme, ce am separat sunt bine diferenţiate una de alta. Cancerul pylorului are simptome precoce, acelea de obstacol la trecerea alimentelor. Cancerul corpului evoluează totdauna

într'un timp mai mult sau mai puţin lung, în mod latent, înainte ca diagnosticul să fie făcut. In primul caz, s'a recunoscut simptomul de stază gastrică caracteristic unui obstacol la regiunea pylorică. In al II-lea caz, cu sau fără tumoră perceptibilă, există turburări dispeptice, o slăbire marcată, dar alimentele continuă a trece, stomacul este puţin sau de loc dilatat. Elementele pe cari se bazează pentru a recunoaşte că e un cancer sunt aceleaşi în ambele cazuri. Când există o tumoră la palpat, analiza turburărilor funcţionale va permite aproape totdauna de a o localiza la nivelul stomacului şi de a elimina tumorile desvoltate în organele vecine, colon, ficat şi căi biliare etc. Totuşi, oarecari neoplasme parastomacale pot să cotească sau să comprime pylorul şi să se însoţească de syndromul stază gastrică.

Invers, am văzut, că tumorile corpului stomacului pot să nu producă turburări funcţionale foarte apreciabile. Modificaţiunile imprimate tumorei prin distensiunea stomacului graţie ingestiunei de pulberi efervescente, prin insuflaţia cu o sondă moale introdusă prin esofag, vor permite tot-d'auna de a recunoaşte că e un neoplasm gastric.

Dar constatarea unei tumori stomacale, nu e un motiv suficient pentru a diagnostica un cancer. Vechi ulcere produc adesea o adevărată tumoră, prin îngroşarea pereţilor stomacului, cu sau fără perigastrită. Un diagnostic bazat unic pe caracterele tumorii zărite prin palpeul abdominal ar fi foarte nesigur. Când există turburări funcţionale fără tumoare perceptibilă, diagnosticul este încă mai delicat. S'ar putea gândi cine-va la un ulcer, la gastrite sau dispepsii cronice şi dacă semnele de obstacol pyloric există, la un spasm supra-adăogat. Pentru a stabili diagnosticul între

aceste gastropatii și cancer, se va ține cont de etatea bolnavului, de vechimea accidentelor, dar fără a socoti o valoare absolută: cancerul poate apare la indivizi cari abia au atins sau întrecut 30 de ani, el poate să se grefeze pe gastrite vechi pe ulcer în particular. Cel mai bun element de diagnostic clinic în cazurile dubioase, este căutarea chimismului gastric; constatarea anaclorhydriei sau a hipoclorhydriei și prezența de acid lactic au o mare valoare. Din nefericire, oare cari gastrite atrofice dau o hipoclorhydrie și cancerul grefat pe ulcer se însoțește de obiceiu de hiperclorhydrie ca și ulcerul simplu. Examenul hematologic, ne poate servi iar, ca mijloc de diagnostic. Astfel oare-cari autori au insistat asupra diminuțiunii hemoglobinii, care poate să aibă valoarea sa când e asociată cu examenul clinic și studiul chimismului gastric. Dificultățile diagnosticului se întâlnește mai ales în primele faze ale maladiei, atunci când ar fi mai precis a indica o operație chirurgicală. In aceste condițiuni, laparatomia se impune și explorațiunea cu atențiune constitue un timp indispensabil al ori-cărei intervențiuni gastrice. In fine trebue să reamintesc că hesitațiunea poate persista când pântecile este deschis; chiar când tumora este în mână, nu e tot-d'auna ușor de a spune dacă e un cancer sau o simplă tumoare inflamatoare.

Tratament. El poate fi radical sau simplu paliativ. Vindecarea cancerului stomacal, nu e posibilă decât prin extirparea complectă a neoplasmului. Gastrectomia constitue deci în principiu tratamentul de ales al carcinomului stomacal, mai cu seamă când neoplasmul formează o tumoră perfect mobilă și fără adenopatie; căci din momentul ce ganglionii parastomacali sunt prinși, numai e posibilă o ablațiune complectă. Din ne-

Scanned with OKEN Scanner

norocire, în practică, condițiunile cari ne par indispensabile eficacității gastrectomiei, ca operație radicală sunt foarte rar realizate. Când e vorba de un cancer pyloric care produce strâmtare, bolnavii vin la spital în o stare de inanițiune, așa că rezecția pyloro-gastrică urmată de restabilirea continuității tubului digestiv constitue adesea o intervențiune d'asupra forțelor lor și cum în definitiv ganglionii sunt prinși în 80 pentru 100 de cazuri (Cuneo), ne decidem fără multe regrete pentru operațiunea paliativă.

Când e vorba de un cancer care nu produce strâmtare, aici, fără îndoială denutriția este adesea mai puțin profundă, dar evoluția mai puțin dramatică a neoplasmului i-a permis de a câștiga în mod tăcut teren și dacă se intervine, se găsește o difuziune mare a leziunilor, ceiace face pe chirurg să închidă abdomenul.

Trebue de cele mai multe ori, prin forța lucrurilor, să se renunțe la orice speranță de vindecare radicală și chirurgul să se mulțumească cu *tratamentul paliativ* prin *gastro-enterostomie.*

Această operațiune nu-și găsește indicațiunea sa decât în cancerul care produce strâmtare a pylorului.

Printre diferitele procedee de gastro-enterostomie, cea mai preferabilă este aceia a lui Von Hacker (gastro-enterostomie transmezocolică posterioară).

Când însă aderențele tumorii împiedică de a mobiliza stomacul și de a aduce ușor fața sa posterioară afară din pântece, se recurge la *gastro-enterostomia anterioară a lui Wölfer.* In fine, în oare cari cazuri, difuziunea neoplasmului este în așa mod că nu se poate găsi o regiune sănătoasă pentru a crea noul orificiu: în aceste

condiţiuni s'a recurs la *duodenostomie* sau *jejunostomie*.

2. Accidentele ulcerului de stomac

Accidentele cari necesită de cele mai multe ori intervenţiunea chirurgului sunt consecinţa strâmtărilor cicatriciale sau inflamatorii consecutive ulcerilor regiunei pylorice. Dar pentru a nu scinda studiul strâmtărilor pylorice, voiu studia aci complicaţiile ulcerului pe cale de evoluţiune. Această chestiune este de dată recentă şi primele intervenţiuni datează de vre-o 15 ani. Printre numeroasele lucrări cari au fost consacrate în acest sens, voiu cita aci pe acelea ale lui Mikulicz, Leube, Kocher, Kronlein, Körte; în Franţa teza lui Chapt (1895), cartea lui Doyen (1895) publicaţiile lui Dieulafoy, teza lui Marion (1897) şi a lui Savariaud (1898).

Se poate interveni în trei cazuri diferite: a) *în perforaţiunile şi urmările lor;* b) *contra hemoragiilor;* c) *contra ulcerului în evoluţiune*, afară de complicaţiunile precedente, rebel tratamentului medical.

Perforaţiuni. Din 1884, Mikulicz propuse principiul laparatomiei imediate, în ori ce perforaţie patologică a stomacului, ori care ar fi cauza. Accidentele provocate prin perforaţia unui ulcer al stomacului variază mult, după cum ea survine la nivelul unei zone de aderenţe sau în peritoneul liber.

Perforaţiunea în peritoneul liber, aparţine mai ales ulcerilor feţii anterioare cari evoluează adesea fără a provoca aderenţe proctectrice.

Ea vine spontaneu, sau în urma unui traumatism adesea neînsemnat. Când e vorba de un

ulcer vechiu și diagnosticat. Când, din contră, perforațiunea se produce ca prim accident manifest al unui ulcer mai mult sau mai puțin latent: se prevede atunci ușor dificultățile cari pot să rezulte în diagnosticul etiologic al peritonitei difuze care nu întârzie a isbucni. Ori cum ar fi, constatațiunea simptomelor următoare, durere extremă apărută brusc în regiunea epigastrică, pântece dur ca un lemn, fenomene de colaps cu puls mic și foarte frequent, comandă laparatomia fără întârziere. Din nenorocire, bolnavii vin la o epocă când peritonita difuză este în plină evoluțiune. Pentru a fi siguri, intervenția trebue practicată într'un mod cu totul precoce. Perforațiunea este de obicei ușor de găsit; ea șade aproape tot-d'auna pe peretele anterior. Fără îndoială, ar fi mai bine, după sfatul lui Rydygier, de a rezeca ulcerul de cât de a face simplu sutura perforațiunii; dar rezecțiunea trebue să fie adesea foarte întinsă, și ea cere mai mult timp ca sutura. Chiar aceasta este adesea grea într'un perete devenit friabil.

Rezultatele n'au fost strălucite până în prezent; s'a intervenit aproape tot-d'auna prea târziu.

Chapt, care a adunat 26 cazuri în teza sa, n'a avut de cât 5 vindecări. Mikulicz din 105 de cazuri, a avut o mortalitate de 39 la 100. Körte, pe 10 cazuri n'a salvat de cât un bolnav. Când perforația se face într'o zonă de aderențe, se asistă la evoluția unui flegmon perigastric. Perforația feții posterioare este o cauză frequentă de abces gazos sub-frenic. Aceste abcese perigastrice trebue să fie evacuate prin inciziuni convenabile, dar nu trebue a aborda ulcerul, cel puțin la început.

Hemoragii. Mikulicz interveni pentru prima oară (1887) într'un caz de hemoragie gravă. Ulcerul

poate produce hemoragii profunde cari pun în pericol viaţa. Indicaţia operatoriă este din cele mai delicate. Cele mai adesea ori, în practică, se prescrie mai întâiu tratamentul medical şi nu se decide a se interveni de cât la a doua sau la a treia hemoragie, pe un bolnav foarte slăbit. De altă parte, hemostaza nu se realizează aşa uşor din punct de vedere chirurgical: ulcerul care sângerează şade adesea la faţa posterioară, el aderă la pancreas de care este foarte periculos a desface stomacul; în asemenea cazuri, ar fi imposibil de a trece fire în ţesuturile friabile ale zonei ulcerate, şi va trebui să se tamponeze şi să se fixeze stomacul deschis la perete.

Pe 15 operaţiuni, Savariaud a avut 10 morţi.

In micile homoragii, dacă tratamentul medical n'a reuşit, intervenţiunile chirurgicale sunt raţionale. In aceste cazuri indicaţiunile sunt acelea ale tratamentului ulcerului în evoluţiune: rezecţiunea sau gastro-entorostomia după cazuri.

Ulcerul în evoluţiune. Oare cari ulcere, afară de complicaţiunile precedente, cauzează adesea o serie de turburări funcţionale, faţă de cari tratamentul medical nu este eficace. Chiar fără obstacol pyloric, durerile, denutriţiunea sunt astfel că ele fac viaţa normală imposibilă.

In alte cazuri, prezenţa unei tumori, va procura o indicaţie operatorie. Se poate face două intervenţiuni: exciziunea ulcerului sau gastro-enterostomia.

Pentru a excisa ulcerul se practică rezecţiunea segmentului parietal ulcerat, sau pylorectomia dacă ulcerul şade la nivelul pylorului. Doyen cel dintii practică gastro-enterostomia în ulcerul în evoluţiune şi arată că ea este capabilă de a aduce cicatrizaţiunea ulcerului şi de a restabili funcţiunea.

Când rezecţiunea nu este posibilă în toate cazu-

Scanned with OKEN Scanner

rile, Domnul profesor *Toma Ionescu* a recurs la o nouă intervenţiune: *Excluzia pylorului*, ale cărei resultate sunt tot aşa de excelente aproape, ca şi ale rezecţiunei.

3. Strâmtă ile pylorului

Sub acest nume se înţelege toate micşorările permanente ale calibrului acestui canal capabile de a aduce un obstacol evacuaţiunii normale a stomacului. Nu voiu vorbi aci despre strâmtările spasmodice, cari aparţin ulcerului şi oare-căror dispepsii, nici despre strâmtarea canceroasă a pylorului, cari aparţin la aceste diferite boale. Voiu descrie numai; *a)* strâmtările congenitale; *b)* strâmtările extrinseci, în cari leziunea este peripylorică; *c)* strâmtările intrinseci prin alteraţia parietală necanceroasă.

Etiologie. Strâmtarea congenitală a pylorului este o boală puţin cunoscută. Studiată în Germania de Landerer, Hischsprung, Neurath etc., a fost obiectul diferitelor interpretaţiuni patogenice. Unii zic că este rezultatul unei hypertrofii congenitale a musculaturii canalului pyloric, alţii că e o strâmtare spasmodică. Meinhardt Schmidt care adoptă această opiniune zice că spasmul este întreţinut prin o fisură a mucoasei, ea însăşi provocată prin şederea sau trecerea alimentelor încă din copilărie. In strâmtările extrinseci, calibrul pylorului este şters, comprimat sau cotit prin tumori sau inflamaţiuni din vecinătate: rinichi mobil, vesiculă distinsă, tumori ale ficatului sau pancreasului. Adesea se văd aderenţe sau bride peripylorice sau sub-pylorice, în cursul unei vechi colecystită, sau peritonită tuberculoasă. *Strâmtările intrinseci* sunt datorite retracţiunii şi îngro-

şării pereţilor canalului pyloric, provocate prin cicatrizaţiunea ulceraţiunilor vechi, sau prin inflamaţia cronică, propagată la diferitele tunici ale peretelui. In acest grup, doi factori principali sunt de notat: arsurile stomacului prin lichide caustice şi ulcerul rotund. Strâmtările pylorice prin cicatricele arsurilor sunt adesea asociate cu strâmtări ale esofagului, dar pot fi şi singure. Ulcerul regiunii pylorice constitue marea cauză a strâmtărilor. Un ulcer inelar întreţine micşorarea concentrică a calibrului. Ulcerul limitat la un segment al peretelui aduce o retracţie cicatricială mult strâmtată şi cotită. In fine ulcerul provoacă adesea o îngroşare pseudoneoplasică a suprafeţii sale de inplantaţiune şi aderenţe perigastrice, cari micşorează mult calibrul.

Oarecari gastrite cronice pot produce o strâmtare fără ulceraţiune, prin inflamaţiunea hypertrofică a pereţilor.

Anatomie patologică. Caracterele macroscopice ale strâmtării pylorice diferă după cazuri.

Aci ea are forma unui cilindru mai mult sau mai puţin regulat, dur la palpat şi nemai lăsând să pătrundă în lumina sa pulpa indexului coafată de peretele gastric anterior ca în stare normală. Aci, din contră, canalul pyloric este neregulat, cotit, fixat prin aderenţele perigastrice la organele vecine.

Lumina este deformată, excentrică, în semilună. Pereţii canalului sunt îngroşaţi şi această îngroşare este astfel în oare cari cazuri că ea constitue o adevărată tumoră inflamatoare, capabilă de a simula un neoplasm. La tăetură, ţesutul este fibros, când leziunea este veche, este friabil din contră când leziunea este recentă. Lumina este strâmtată adesea în aşa mod că abia încape o sondă cu diametrul de 4 milimetrii.

Scanned with OKEN Scanner

S'a văzut şi obliteraţiunea totală. Suprafaţa internă a strâmtării n'are totdauna acelaş aspect: mucoasa poate fi conservată, cu un aspect alburiu; ea alunecă rău pe tunicile sub-jacente, sau e înlocuită prin ţesut de cicatrice care pătrunde până în musculară. De partea stomacului se poate găsi leziunile carateristice ale gastritei care precede sau însoţeşte strâmtarea, cicatrice ale arsurilor analoage cu acelea cari strâmtează pylorul, sau ulcere încă în evoluţiune.

Dilataţiunea este obicinuită şi considerabilă, dacă strâmtarea este veche. Dar această consecinţă nu este constantă: se poate vedea stomacul retractat, prin ţesut de cicatrice în oare cari strâmtări prin arsură. De altă parte, distensiunea stomacului este în raport direct cu perderea motricităţii. La început el luptă contra obstacolului, dacă motricitatea sa este bună; el cedează cu atât mai iute cu cât fibra sa musculară era de la început mai slabă. Prin urmare sunt mari diferenţe după bolnavi, şi nu trebue a confunda dilataţiunea cu staza. Stomacul dilatat perde progresiv tonicitatea sa, care nu se poate restabili de cât târziu după suprimarea obstacolului.

Simptome. Strâmtările se caracterizează prin turburări funcţionale şi fizice cari rezultă din obstacolul adus trecerii conţinutului stomacal în intestiv. Totalitatea lor constitue un adevărat syndrom de retenţiune gastrică, în care este în tot-d'auna uşor de a determina existenţa. Bolnavii prezintă o stare gastrică mai mult sau mai puţin lungă înainte de a ajunge la faza de obstacol definitiv constituită.

Turburările funcţionale sunt *durerea* şi *vărsăturile*, cari prezintă în modul lor de apariţiune caractere patognomonice. Bolnavul suferă în momentul unde stomacul caută a se goli; la câte-

Scanned with OKEN Scanner

va ore după masă durerea apare sub formă de criză de intensitate variabilă. Stomacul luptă contra obstacolului și durerea de contracțiune și tensiune este cu atât mai însemnată cu cât tonicitatea gastrică este mai puțin slăbită. Criza se termină în două moduri, mușchiul gastric ajunge a triumfa obstacolul și trecerea alimentelor și secrețiunilor este numai întârziată și slăbită, sau survine o vărsătură.

Vărsăturile, ca și durerea, n'apar de cât câte-va ore după masă; adesea bolnavul varsă dimineața, pe nemâncate, alimentele ce le-a luat seara sau chiar câte-va zile mai înainte: vărsăturile matinale ale materiilor alimentare sunt cu totul patognomonice ale stagnațiunii. La început, vărsăturile pot fi rare, dinstanțate; există o fază de compensațiune asigurată prin motricitatea conservată sau chiar exagerată.

Dar, mai târziu, stomacul devine asystolic și vărsăturile se reproduc după fie-care masă.

Vărsăturile variază în definitiv cu strâmtarea obstacolului, tonicitatea stomacului și cu apariținea eventuală a contracturii spasmodice a pylorului care vine adesea în mod intermitent a mări obstacolul. *Dilatațiunea* este un simptom fizic de mare importanță, dar poate lipsi mai ales în primele faze ale boalei. Trebue a nota din acest punct dn vedere o mare diferență între cancerul care produce strâmtare a pylorului și strâmtarea propiu zisă: în cancer atonia gastrică este foarte precoce; în cele alte varietăți de obstacol, din contră, tonicitatea se conservă mai multă vreme și dilatațiunea poate să nu fie de cât un simptom tardiv. Nu voiu insista asupra diferitelor mijloace de explorațiune ce avem pentru a o constata: percuțiunea, căutarea clapotajiului, ingestiunea de pulberi efervescente ne-au fost tot-dauna su-

Scanned with OKEN Scanner

ficiente pentru a determina existența sa, și nu văd utilitatea practică a examenelor speciale prin gastroscopie, gastrodiafania, sau radiografia stomacului umplut cu bismuth.

Când dilatațiunea există, se poate vedea, în momentul crizelor dureroase, desemnându-se sub peretele slăbit, undele de contracțiune peristaltică: este un semn de o valoare sigură ca prognostic, căci prezența sa ne indică că mușchiul gastric a conservat cel puțin în parte tonicitatea sa și că va relua iute funcționarea sa normală după ce vom suprima obstacolul.

Mers. Terminațiune. Mersul boalei este progresiv. In scurt timp, strâmtarea pylorului, răsună în mod considerabil asupra stării generale. Slăbirea este repede, forțele se perd și în câte-va sâptămâni, câte-va luni cel mult, bolnavul este cu totul descărnat. Toate funcțiunile de nutriți-une sunt slăbite; pielea se usucă, secrețiunea urinară micșorată, cantitatea de azot e mult micșorată în urine, fermentațiunile gastrice produc accidente de auto-intoxicațiune, diaree, congestiune renală și pulmonară cari grăbesc sfârșitul boalei

Diagnostic.—Dureri, vărsături slăbire ce nimic nu le poate opri, este ***triada*** funcțională care permite de a recunoaște staza alimentelor. In lipsa dilatațiunii bine delimitată, diagnosticul va fi tot-d'auna confirmat prin constatațiunea de resturi alimentare prin ajutorul cateterismului practicat dimineața pe nemâncate. Acest mijloc de exploraţiune nu trebuie nici odată neglijat, căci el confirmă starea de stază și ne arată în tot-d'auna modificațiunile chimice ale secreţiunilor.

O strâmtare duodenală. Se poate diagnostica prin prezența debilă în vărsături, prin senzația profundă a unei groase anse distinse la dreapta

sau înaintea rachisului și eroarea n'are mare importanță, căci indicația terapeutică este acciași.

Cât despre *dilatațiunea prin atonie protopatică* a stomacului (boala lui Bouchard), evoluțiunea esențial cronică, intensitatea mai mică a turburărilor funcționale și răsunetul mai puțin marcat asupra stării generale nu vor permite nici odată confuziunea.

Oare cari *dyspepsii hyperclorhydrice* cu spasm se vor distinge tot-d'auna prin ajutorul cateterismului matinal, care nu ne arată de cât lichid de secrețiune fără resturi alimentare.

Natura exactă a obstacolului, poate fi încă mult mai delicată de determinat. Fără îndoială diagnosticul este cu totul simplu când avem un comemorativ precis ca înghițirea anterioară a unui lichid caustic. In definitiv cel mai bun diagnostic ni-l procură laparatomia exploratrice.

Pronostic. Nu se poate afirma că orice bolnav care prezintă sindromul de stază gastrică este condamnat a muri în scurt timp. Tratamentul chirurgical se bucură de o eficacitate surprinzătoare, cu condiția ca bolnavii să nu vie la spital prea târziu.

Tratament. Tratamentul este exclusiv chirurgical. Constatarea sindromului de stază gastrică permanentă comandă fără întârziere laparatomia exploratrice. Ori ce bolnav care varsă, slăbește și la care cateterismul practicat dimineața pe nemâncate dă resturi alimentare, trebue să fie operat, chiar dacă are sau nu o dilatație gastrică apreciabilă. Reușita succesului depinde deci de precocitatea operațiunii și dacă rezultatele nu sunt tot-d'auna bune, este că adesea ori, suntem obligați de a opera bolnavi cari nu mai pot să mănânce de loc, sunt cu desăvârșire slăbiți și incapabili de a mai rezista la operațiune.

Scanned with OKEN Scanner

In aceste cazuri, s'ar putea recurge la Jejunostomia temperară: creaţiunea unei guri artificiale pe jejunum constitue o intervenţiune simplă şi rapidă. Jejunostomia constitue încă o operaţiune de necesitate când în acelaşi timp cu strâmtarea pylorului există o strâmtare a esofagului. Permite de a nutri bolnavul aşteptând ca esofagul să se repare. Se tratează atunci secundar obstacolul pyloric şi se închide orificiul jejunal. Operaţiunile ce se practică pentru a restabili calea naturală a alimentelor, sunt multiple. Aşa de exemplu, în cazuri de strâmtări extrinseci, pentru a restabili permeabilitatea canalului, este suficient de a elimina cauza: tratamentul care convine unei tumori a ficatului, unei cholecystită va face să înceteze stasa gastrică fără intervenţie directă pe stomac. Alte ori suprimarea unei aderenţe, va produce rezultatul dorit. In cazuri de strâmtări intrinseci, indicaţia operatorie nu este aşa de simplă; două metode sunt posibile: a suprima obstacolul, sau lăsând la o parte regiunea bolnavă şi a crea un nou orificiu de comunicaţiune între stomac şi intestin. Suprimarea obstacolului pyloric se poate realiza în mai multe moduri. Intervenţiunile chirurgicale, cari se pot face astă-zi sunt: pylorectomia şi pyloroplastia lui Heineke şi Mikulicz despre cari voiu vorbi în capitolul următor. Asemenea gastro-enterostomia procedeul lui Von Kacker, constitue tratamentul de ales în marea majoritate a casurilor. Prin acest procedeu, mortalitatea a scăzut mult, iar rezultatele post-operatorii sunt cât se poate de satisfăcătoare.

4. **Stomacul bilocular**

Definiţiunea. Se numeşte stomac bilocular o dispoziţiune congenitală sau dobândită a stoma-

culuĭ, astfel că el se găseşte divizat în două compartimente comunicând printr'un segment strâmtat.

Historic. Bardeleben şi Kruchenberg operară cei dintii stomacul bilocular. Wölfer mai ales atrase atenţiunea chirurgilor asupra acestei diformităţi şi a tratamentului său chirurgical. Apoi veni lucrările lui Hirsch, lui Von Eiselsberg şi în Franţa teza lui Peret (Lyon 1895) şi aceia a lui Guillemont (Paris 1899)

Etiologie. S'a demonstrat că forma biloculară poate fi congenitală. Hirsch citează 22 cazuri în literatură, la care se adaogă patru cazuri mai recente citate de Von Eiselsberg. Cele mai deseori este o leziune dobândită, care are drept cauză retracţiunea cicatricială a unui ulcer al corpului stomacului, mai mult sau mai puţin regulat circular.

S'a citat asemenea în cancer. Mai rar este vorba de o cauză extrinsecă: aderenţa perigastrică, aderentă cu ficatul etc.

Anatomie Patologică. In stomacul bilocular congenital, forma singură diferă de aceia a unui stomac normal, pereţii sunt sănătoşi.

S'a văzut canalul de comunicaţiune între cele 2 părţi aşa de strâmt, în cât s'a putut produce o torsiune în jurul axei longitudinale întreţinând obliteraţiunea complectă. In oare cari cazuri mucoasa era ulcerată în vecinătatea strâmtărei; probabil că erau ulceraţiuni secundare.

In stomacul bilocular dobândit, zona strâmtată este constituită prin ţesut cicatricial; ea este adesea îngroşată, infiltrată şi devenită friabilă prin inflamaţiunea cronică.

Afară de aceasta, ulcerul precursor nu este tot-d'auna cicatrizat. Capacitatea şi forma celor 2 pungi variază după cazuri; în general punga cardiacă este mai dilatată ca punga pylorică.

Scanned with OKEN Scanner

Notăm în fine, că poate să survie o perforaţiune în vecinătatea stricturii.

Simptome şi Diagnostic. Stomacul bilocular produce aceleaşi turburări funcţionale ca o strâmtare a pylorului; dureri, vărsături tardive după masă, slăbire progresivă. Diagnosticul este greu şi a fost făcut rar înaintea laparatomiei exploratrice; chiar pântecele fiind deschis, nu s'a putut cunoaşte deformaţiunea şi s'a diagnosticat o strâmtare pylorică, pentru că negândindu-se la un stomac bilocular, se omisese de a practica explorațiunea totală a viscerului. Oare-cari manopere de examen clinic vor permite adesea, de a'l recunoaşte înaintea laparatomiei: astfel insuflaţiunea ar putea să denunţe cele două pungi sub perete. Cateterismul ar da încă date utile; prima pungă a fost golită prin sondă, clopotagiul persistă în punga pylorică; sau lichidul cu care se spală revine clar, apoi sonda readuce câte-va clipe după aceea un lichid încărcat cu resturi alimentare. Dacă s'ar reuşi a introduce în cele două pungi în cantitate suficientă apă care ţine în suspensiune sub-nitrat de bismuth, radiografia ar putea să dea un clişeu caracteristic.

Tratament. S'a practicat diferite intervenţiuni. Astfel s'a practicat: gastroplastia analogă cu pyloroplastia, gastro-anastomosa lui Wölfler, rezecţiunea segmentului strâmtat, şi în fine gastro-enterostomia pe punga cardiacă.

Scanned with OKEN Scanner

CAP. II

INTERVENȚIUNILE CHIRURGICALE CARI SE FAC PE STOMAC

Voiu enumâra numai diferitele operaţiuni cari se fac pe stomac, fără a arăta technica operatorie, insistând numai asupra indicaţiunilor lor şi arătând în capitolul următor tratamentul postoperator în raport cu fiecare intervenţiune gastrică.

Gastrotomia. Este operaţiunea care consistă în a deschide cavitatea stomacală. Această operaţiune se practică atunci când e vorba de un corp strein înghiţit, un cuţit, o furculiţă, o dantură artificială etc. Gastro-tomia a mai fost practicată ca operaţiune preliminară la dilataţiunea unei strâmtări a esofagului, la dilataţiunea pylorului, ca operaţiune exploratrice pentru a inspecta leziunile interioare ale stomacului, pentru a exciza ulcere, pentru a opri hemoragii intrastomacale şi chiar pentru a extirpa tumori intrastomacale pediculate.

Gastrostomia. Este deschiderea permanentă a stomacului, crearea unei guri stomacale.

Ea a fost practicată fie pentru a permite introducerea directă a alimentelor în stomac când ele nu mai pot ajunge prin căile naturale, fie pentru a face dilataţiunea progresivă a strâmtării pylo-

Scanned with OKEN Scanner

rului, a cardiei sau a esofagului. Indicaţia sa îşi are loc în strâmtările fibroase strânse ale esofagului, cari conduc pe bolnav la inaniţiune, neputând a se face dilataţiunea, sau fiind însoţite de fenomene inflamatorii peri-esofagiene cari contraindică dilataţiunea; gastrostomia constitue nu numai un paliativ util, dar câte odată un mijloc curativ, căci permite bolnavului „dilataţiunea retrogradă a strâmtărilor". Gastrostomia este preconizată în arsurile recente ale esofagului, când deglutiţiunea este imposibilă. De asemenea în strâmtările canceroase, când se intervine de vreme.

Gastro-enterostomia. Ea consistă în stabilirea unei guri artificiale care permite trecerea conţinutului stomacal în intestin. Indicaţiunea principală a gastro-enterostomiei este existenţa unui *obstacol evacuaţiunii regulate a stomacului.* Existenţa acestui obstacol se traduce în mod clinic prin constataţiunea unei staze gastrice. Dilataţiunea şi staza gastrică depind de lesiuni pylorice şi sub-pylorice de origină biliară, sau de origină canceroasă. In toate cazurile acestea gastro-enterostomia îşi are indicaţia sa.

Indicaţia cea mai obicinuită este *strâmtarea pylorică adevărată*, de ori-ce natură ar fi ea şi *ulcerul în evoluţiune* care resistă ori-cărui tratament medical bine dirijat. De asemenea în micile hematemese, în *hyperclorhydriile* cari nu se vindecă prin tratament medical, rezultatele au fost excelente, de asemenea şi în multe dispepsii cari se însoţesc de syndrom pyloric.

Gastrectomia. Este rezecţia parţială sau totală a stomacului. In cele parţiale se rezecă numai porţiunea bolnavă fără a interesa continuitatea tubului gastric, *gastrectomii atipice*, sau din contră, se întrerupe continuitatea tubului digestiv, *gastrectomii cilindrice*, ce se pot distinge şi astea

în *pyloro-gastrice*, *cardio-gastrice*, *inelare*, după cum ele interesează pylorul, cardia sau simplu corpul stomacului.

Indicaţia principală a gastrectomiei este existenţa unui *neoplasm canceros*. De asemenea, pylorectomia, este indicată în *strâmtările cicatriciale necanceroase*. *Ulcerul în cale de evoluţiune*, diferitele *fistule gastrice* şi *tumori* cari ocupă păretele abdominal şi stomacul, nu se tratează radical de cât prin rezecţiuni parţiale de stomac.

Excluziunea pylorului. Este o operaţiune, care consistă în a secţiona transversal stomacul la oare-care distanţă de leziunea pylorică, în a sutura complect cele 2 orificii şi în urmă în a restabili continuitatea tubului digestiv, prin o gastro-enterostomie. „Procedeul de excluzie a pylorului a fost descris în raportul de la congresul de chirurgie din Paris de către Domnul profesor Toma Ionescu“. Indicaţia sa 'şi are loc, în tratamentul ulcerului stomacal ori de câte ori rezecţiunea este imposibilă, precum şi în cele l'alte afecţiuni gastrice. Ea pune ulcerul la adăpostul iritaţiunilor produse prin contactul cu conţinutul gastric şi lucrează în mod eficace împotriva durerii, a hemoragiei, tendinţei la perforare şi modifică profund chimismul stomacal. Ea este o operaţiune benignă şi eficace.

Strâmtările cicatriciale ale pylorului, cari din cauza aderenţelor întinsc cu ficatul, vesicula biliară sau pancreasul nu pot fi tratate prin pylorectomie, sunt o indicaţiune a excluziunei şi nu a gastro-enterostomiei pentru că deşi gastro-enterostomia stabileşte continuitatea tubului dijestiv, totuşi nu are nici o influenţă asupra aderenţelor cari continuă să provoace dureri violente în timpul contracţiunilor stomacului, din cauza tracţiunei

ce o face pe organele vecine și s'a dovedit, că o gură de gastro-enterostomie nu funcționează, când pylorul este permeabil.

Din contra excluzia prin separarea stomacului de pylorul aderent, prin funcționarea regulată a orificiului gastro-intestinal, face să dispară toate turburările de cari era acompaniată acea strâmtare aderentă.

Pentru aceleași cauze stomacul bilocular cu aderențe prea mari e susceptibil de intervenția excluziei, pentru a face să dispară durerile datorite tracțiunei pe organele vecine în timpul contracțiunilor stomacului.

In fine în ulcerile cu aderențe mari cari fac pylorectomia imposibilă, posibilitatea unei perforațiuni sau degenerescență canceroasă, provocate de cause (iritația alimentelor și sucul gastric hyperacid) pe cari gastro-enterostomia nu poate să le influențeze, contribuesc să indice ca tratament excluzia pylorului. Excluzia combinată cu rezecția mai poate fi aplicată în cazuri de ulcere ale cardiei sau fundului stomacal în cari rezecția cu gastro-enterostomia dă rezultate cât se poate de rele, din cauză că în urma acestor două intervențiuni combinate, chimismul gastric nemodificându-se aproape de loc va contribui să favorizeze desvoltarea altor noi ulcerațiuni, cari evoluând vor produce aceleași turburări ca și mai înainte de intervențiune.

Alte operațiuni cari se fac pe stomac, mai rari însă, sunt: *Dilatațiunea pylorului*, în cazuri de strâmtări ale pylorului. Indicația a fost dată de Loreta de Bologne, practicând dilatația digitală, operație astăzi abandonată.

Pyloroplastia. Este operația destinată a da pylorului strâmtat dimensiunile normale. Este indicată în strâmtările cicatriciale sau spasmodice

ale pylorului, când pylorul este mobil, când este liber de aderenţe şi când pereţii săi sunt în de ajuns de moi. Este contra indicată ori de câte ori este bănuială de un neoplasm; ori de câte ori pylorul prezintă aderenţe solide fie cu păretele abdominal, fie cu ficatul sau pancreasul.

Gastrorafia. Operaţiune care are de scop a reduce dimensiunile unui stomac dilatat. Ea nu convine în adevăr de cât dilaţiunilor idiopatice, cari nu sunt sub depedinţa unui obstacol pyloric.

Operaţiunea nu pare deci indicată de cât în prezenţa unei stări caşectice grave survenită ca consecinţă a dilataţiunii gastrice.

Gastropexia. Este fixaţiunea stomacului la părétele abdominal. Ea este făcută în două condiţiuni diferite: 1) Ca prim timp al unei gastrostomii, 2) ca tratament al gastroptosei. In al 2-lea cas ea a fost făcută în casuri foarte rari.

Scanned with OKEN Scanner

CAP. III.

TRATAMENTUL POST-OPERATOR.

Regimul alimentar în urma intervenţiilor pe stomac

Voiu vorbi, mai întâiu în câte-va cuvinte, despre alimente, compoziţiunea lor, valoarea nutritivă şi digestibilitatea lor.

Alimentele, zice A. Gautier, sunt materiile solide, licide, sau gazoase, apte, când sunt introduse în economie, a repara perderile şi a asigura funcţionarea sa. Astfel apa, carnea, sarea, oxigenul aerului sunt alimente pentru că ele au proprietatea de a întreţine funcţiunile şi de a împedica perderea organică.

In afară de apă şi săruri minerale, alimentaţiunea omului cuprinde, în marea majoritate a cazurilor, substanţe cari se divid astfel: substanţe albuminoide sau substanţe azotate, hydraţi de carbon şi grăsimi.

Raţiunea alimentară. Autorii nu sunt de acord asupra acestei chestiuni. Insă trebue să admitem în termen mediu, ca raţiune alimentară pe aceia fixată de Munk şi adoptată de Mathieu şi Linossier:

In timpul mesei	Albuminoide	100 gr.
	Grăsime.	50 gr.
	Hidraţi de Carbon . .	500 gr.
Cu o muncă moderată	Albuminoide	110 gr.
	Grăsime.	56 gr.
	Hidraţi de Carbon . .	500 gr.

Această cantitate alimentară, nu este decât o medie, d'asupra căreia vine alimentaţia bogată, de desubtul căreia începe alimentaţia insuficientă. Pentru a judeca valoarea unui regim, se calculează la ce număr de calorii degajate corespunde el? Raţiunea medie stabilită corespunde la 2.500 3.000 de calorii.

Dar toate principiile alimentare, ce voiu studia nu procură prin combustiunea lor, un număr egal de calorii pentru o greutate dată din substanţa lor. Astfel: 1 gram albumină degajă 4, cal. 1; 1 gram grăsime dă 9 cal. 1; şi 1 gram hydraţi de carbon dă 4 cal. 1.

Ar părea logic, după aceste date, ca omul să poată să se nutrească exclusiv cu ori care din aceste substanţe, eliminând pe celelalte, aşa că-şi asigură numărul de calorii necesare numai cu acele alimente. Alimentaţia, deci, ar fi din acest punct de vedere o cestiune de cantitate. Experimentaţiunea şi observaţiunea au demonstrat, că întrebuinţarea exclusivă a unuia din cele trei ordine de substanţe nu poate întreţine viaţa şi să menţină echilibrul nutritiv. Singură este posibilă alimentaţia prin carne şi hydraţi de carbon; în cazuri extreme prin carne şi grăsime.

Trebue notat deoparte, că hydraţi de carbon şi grăsimile sunt materii de cruţare faţă de albu-

Scanned with OKEN Scanner

minoide și că de altă parte ele pot amândouă a se substitui complect una pe alta.

Astfel 100 grame de grăsime corespunde la 240 grame hydrați de cărbune. Se vede prin aceasta ce avantagiu ar fi să ne servim de materii grase pentru alimentațiune, dacă digestia lor s'ar face ușor.

Digestibilitatea. Această chestiune a digestibilității alimentelor este una din cele mai importante de privit în constituțiunea unui regim.

Se înțelege ușor, în adevăr, că nu e destul a indica cutare sau cutare cantitate alimentară cu atâtea calorii, căci bogăția alimentelor nu poate să fie exploatată pentru a zice astfel, decât dacă organul care le primește se acomodează. Trebue într'un cuvânt a ne gândi la facilitatea digestiunii, digestiunea fiind intermediarul, indispensabil între ingestiune și asimilațiune și aceasta la rândul său constituind primul stadiu al nutriției propriu zisă.

Digestibilitatea a fost evaluată de Hübner după restul, ce lasă în intestin un aliment dat. Astfel alimentele de origină animală fiind utilizate în un mod mai complect decât acelea de origină vegetală, lor li se dă primul loc, după Hübner. De altă parte, Lallemant avu ideia de a defini digestibilitatea prin timpul ce alimentul pune să iasă dintr'o fistulă intestinală. El constată că carnea și pâinea n'ajung la fistulă decât mai multe ore după masă, pe când legumele parcursese spațiul până la fistulă numai în o oră. Concluziunea ar fi logică, că carnea și pâinea sunt mult mai indigeste ca legumele. Alți autori ca Penzold, Leube, Gosse, Charles Richet, au fixat digestibilitatea unui aliment după durata șederii sale în stomac, Durata maximă a șederii în stomac, după ei, pare să fie de patru ore și jumătate până la 5 ore pentru grăsimi și altei alimente foarte indigeste.

Scanned with OKEN Scanner

Această chestiune a şederii alimentelor în stomac a fost reluată de Jean-Ch. Roux.

După acest autor, sunt ingeste, alimentele, cari stau cel mai mult în cavitatea gastrică, cari măresc sensibilitatea la presiune a regiunii epigastrice şi aduc durerile cele mai violente; asemenea face din hyperestezia stomacului un element de control de prima ordine pentru a judeca toleranţa sau netoleranţa cutărui sau cutărui aliment, şi în mod general a fiecărui regim. Această noţiune adusă de Roux are o importanţă capitală.

In realitate, digestibilitatea este rezultatul a numeroşi factori şi este imposibil a o evalua bazându-ne pe un element unic. Mai întâiu de pinde de calităţile fisice ale substanţei, de doza în care este luată, de gradul său de coctiune şi de efectul direct ce ea produce asupra mucoasei stomacale.

Astfel cercetări interesante făcute asupra grăsimilor de Leven, au arătat că ele devin indigeste, din cauza unei iritaţiuni, ce ele provoacă asupra mucoasei, făcând să nu se secrete suc gastric. Pawlov de asemenea consideră grăsimea ca un agent de inhibiţiune, care restrânge puterea normală a procesului secretor.

In realitate, trebue a ţine mare socoteală de susceptibilităţile individuale: „Ceeace pare unuia, zice Mathieu, un aliment uşor şi de digestiune uşoară, este pentru altul, din contră, toarte greu şi foarte indigest. Acestea zise în privinţa calităţii alimentelor, adaug în ceeace priveşte cantitatea lor, că există susceptibilităţi individuale, ce medicul trebue să ştie a le aprecia. Unii indivizi se alimentează foarte puţin, alţii au trebuinţă de alimentaţie extrem de abundentă. Deci trebue a ţine socoteală de obicinuinţele bolnavului. Asemenea

nu trebue uitat când tratăm un bolnav de stomac, să urmărim oscilaţiunile greutăţii sale.

Pentru constituţiunea unui regim, trebue să avem în vedere bogăţia alimentelor deoparte, digestibilitatea şi utilizaţiunea de altă parte. Aceste indicaţiuni se pot îndeplini urmând regimul ce Mathieu formulează astfel:

1. Să se dea o alimentaţie, care se apropie cât mai mult posibil de formula raţiunei alimentare, ţinând socoteala de indicaţiunile procurate prin starea funcţiunilor gastrice.

2. A evita supra încărcarea tubului digestiv.

3. A evita iritaţiunile vătămătoare mucoasei gastro-intestinale.

4. A reduce la minimum auto-intoxicaţia de origină gastro-intestinală.

Pe aceste patru indicaţiuni capitale, ne vom conforma în stabilirea regimelor la bolnavii de stomac, plecând dela alimentaţiunea artificială sau repauzul absolut al stomacului şi aducând pe bolnav prin o serie de regimuri progresiv crescânde până la alimentaţia ordinară. Regimele propuse în boalele de stomac şi cari se prescriu şi în urma intervenţiunilor chirurgicale cari se fac pe stomac sunt în număr de 5:

I) *Regimul de repaus absolut al stomacului.*
II) *Regimul lactat.*
III) *Regimul ovo-lactat.*
IV) *Regimul lacto-vegetarian.*
V) *Regimul mixt.*

Voiu vorbi în câte-va cuvinte: *a)* In ce consistă fie-care regim, *b)* când se aplică (a câtea zi se dă fie-care regim), *c)* variaţia regimului în raport cu toleranţa stomacului. La spital este greu a se face în tot-deauna un regim aşa cum trebue, din cauza organizării serviciilor, bolnavii nefiind strict supravegheaţi, se abat de la regulile prescrise,

Scanned with OKEN Scanner

luând alimente de la alţi bolnavi, neprevăzând gravitatea la cari se expun. Totuşi în serviciul D-lui Profesor Toma Ionescu unde aceste operaţiuni se fac des, se urmăreşte cu o mare stricteţă şi îngrijire tratamentul post-operator al bolnavilor de stomac.

I. Regimul de repaus absolut al stomacului.

Alimentaţiunea artificială este singurul şi unicul mijloc de a pune stomacul în repaus absolut; clizma alimentară n'are alt scop decât acesta. Insă s'a uzat şi s'a abuzat prea mult de clizma alimentara, cu substanţe foarte variabile. Fie că s'a încărcat clizma cu prea multe principii nutritive, exagerând dozele, provocând în cazul acesta iritaţiuni ale grosului intestin şi diaree; fie că s'a redus prea mult cantitatea de substanţe nutritive, micşorând prin aceasta raţiunea alimentară, iar ca rezultat bolnavii slăbiau mult. Ceia ce se absoarbe mai mult în clizmele alimentare, este apa, apoi vin celelalte substanţe alimentare. Ori se ştie azi că apa singură, poate să întreţină viaţa în un timp foarte prelungit, ea este perfect absorbită prin rect. Din acest punct de vedere, poate să înlocuiască în parte injecţiile cu ser artificial. Jean-Ch. Roux, întrebuinţează în general clizmele compuse din 250 grame apă uşor sărată şi care se administrează de trei sau patru ori pe zi. Când voim să dăm acestor clizme, o oare-care valoare alimentară, se adaugă o mică cantitate de peptonă, dar mai preferabil e să se adauge ouă. Se bate cu grije unul sau două ouă în puţină apă rece, până ce albumina nu mai pluteşte; se adangă 250 centimetri cubi de apă caldă şi 2 grame de sare pe ou.

Sarea pare că joacă un rol important, modificând

forma mișcărilor peristaltice, și întinzând clizma pe o mai mare suprafață a mucoasei intestinale; absorbțiunea substanțelor alimentare poate fi astfel puțin mai activă. Alți autori au preconizat formele de clizme mai complexe. Astfel Leube, recomandă clizme conținând pancreas de bou, Maragliano adaugă încă fiere de bou și câteva grame de carbonat de sodiu.

Indicațiuni. Clizmele alimentare trebue să constitue prin ele însăși alimenția bolnavului, al cărui stomac nu poate sau nu trebue să primească nimic. Astfel în urma hematemezelor, a vărsăturilor incoercibile, a unei intoxicații alimentare supra-acute, clizma își are indicația sa. Acest regim se aplică în ziua operației și în zilele următoare dacă stomahul este netolerant.

Se adaogă la aceasta injecțiile subcutanate cu ser fisiologic în cantități în raport cu starea generală a bolnavului.

Regimul lactat. Clizmele alimentare despre care am vorbit, cu toată facilitatea de absorbțiune de care se bucură, totuși această alimentație n'ar putea să fie mult timp suficientă. De aceia se recurge la o altă substanță mai nutritivă care este laptele.

Compoziția. Laptele este format din o plasmă opalescentă, în care se găsește în suspensiune globule de unt și granulațiuni de fosfați. Densitatea sa e 1027 până la 1032. Laptele are o reacțiune acidă imediat după ce e muls, grație unei oare care cantități de acid carbonic dizolvat, și după evaporațiunea acestui acid, devine ușor alcalin, grație prezenței de fosfat bazic de sodiu. Laptele conține o materie albuminoidă, grăsime, un hydrat de cărbune și săruri minerale. Materia albuminoidă este constituită prin cazeină, amestecată cu o mică cantitate de albu-

Scanned with OKEN Scanner

mină coagulabilă prin căldură. Laptele mai conţine o globulină şi albumină coagulabile prin căldură constituind lact-albumina. Hydraţii de carbon sunt reprezentaţi în lapte prin zachăr izomer zacharazei: lactoza.

Laptele mai conţine şi săruri minerale ca, cloruri de sodiu şi potasiu, fosfaţi de magnesie, de sodiu, de calciu, fer, etc.

Compoziţia laptelui de vacă, cel mai utilizat în alimentaţia bolnavilor de stomac, este următoarea:

Apă	86,13
Cazeină şi alte albumine	4,92
Corpi graşi	4,05
Zachăr de lapte . . .	5,50
Săruri diverse . . .	0,40
	101,00

Digestibilitatea. Laptele ingerat se coagulează nu prin acidul lactic, dar sub influenţa presurei, care se găseşte în stomacul uman, şi dă un cheag voluminos, compact şi de o digestiune adesea dificilă. Totuşi laptele este unul din alimentele care stă cel mai puţin timp în stomac. După Beaumont, Gosse, Richet, el ar trece pylorul după o oră aproape. Penzold indică una sau două oare pentru a permite ca 100 grame lapte fiert, să treacă din stomac în intestin. Pentru Reichman, această evacuaţiune ar fi mult mai tardivă. Leven, după ce a experimentat pe animal, afirmă că din punct de vedere al funcţiunii stomacale, laptele trebue să fie clasat în aceiaş categorie ca oul lichid, el excită puţin contractilitatea fibrelor musculare şi n'are trebuinţă de a suferi elaboraţiune pentru a treca pylorul.

Valoarea nutritivă. Laptele satisface prima din

condiţiunile indispensabile ori-cărui aliment: este uşor digestibil. Trebue să determin ce valoare nutritivă are. Am zis, că laptele de vacă cuprinde pentru 100 părţi: albumină 4.92, grăsime 4,05 şi hidraţi de carbon 5.50. Dealtă parte s'a stabilit, că raţiunea alimentară a unui adult, în repaus, trebue să cuprindă: albumină 100 gr., grăsime 56 gr. şi hidraţi de carbon 400—500 gr. cari să corespundă la 2.000 calorii, ori un litru de lapte nu echivalează de cât cu 675 calorii deci ar trebui dat 3 litri cel puţin.

De altă parte, dacă această doză, procură numărul de albuminoide necesare, în acelaşi timp ce ea lasă un deficit considerabil de materii hydrocarbonate, dă un exces de materii grase, astfel după cum se poate vedea:

Trei litri lapte reprezintă:

Albuminoide	147
Grăsime	121
Hidraţi de Carbon. .	161

Calculul este simplu de făcut; ar trebui pentru a atinge cantitatea suficientă de hydrocarbonaţi, 7—8 litri de lapte. Insă acestea sunt cifre prea considerabile pentru a fi tolerate fără inconveniente pentru stomac.

Raţiunea zilnică. Şapte până la 8 litri lapte constitue deci cantitatea matematic indispensabilă pentru raţiunea de întreţinere a individului şi a'l menţine în echilibru. Cu toate acestea, trebue ştiut că: sau se atinge această doză şi avem intoleranţă; sau nu se atinge şi o atare alimentaţie devine în teorie cu totul insuficientă.

Totuşi în practică se scoboară cantitatea de lapte zilnică la 3—4 litri. Fără îndoială există o micşorare considerabilă de materii hydrocarbonate; dar

chiar cu această cifră se realizează atât cât trebue de albuminoide şi se procură un exces de grăsimi. Această doză dă 2.160 calorii. Este o cantitate suficientă pentru persoane în repaus absolut.

După Linossier, cantitatea suficientă unui adult de o greutate medie, ar fi 4 litri pe zi, socotind el, că excesul de grăsime, înlocueşte 100 grame de lactoză.

Inconveniente. Este foarte rar, de a face să tolereze stomacul mult timp o asemenea cantitate de lapte. Desgustul ce provoacă în tot-d'auna, multă vreme o alimentaţie exclusivă, se măreşte şi cu desgustul cauzat prin volumul exagerat de lichide de absorbit. Dacă intoleranţa se traduce prin turburări digestive: greutate, acreală pe gât, vărsături, trebue să supraveghem administraţia sa. Dar principalul inconvenient al laptelui este de a aduce foarte adesea constipaţiunea, căci el lasă puţine resturi.

Foloasele întrebuinţării laptelui. Laptele la unii bolnavi aduce constipaţie, la alţii diaree, depinde de susceptibilitatea individului. De acest fapt, se pote servi în unele cazuri pentru a combate diareia, administrând pacientului numai lapte. Laptele are însă alte proprietăţi, cari îl fac să ocupe primul rând în alimentaţia bolnavilor. Astfel este un excelent diuretic, este uşor digestibil, este un antiseptic intestinal, în fine excită foarte puţin motricitatea şi secreţiunea stomacului. Dintre toate alimentele, în sfârşit, laptele e acela care determină cea mai puţină excitaţiune motrice şi secretorie, realizând cel mai bun regim alimentar pentru un stomac care funcţionează rău, sau care nu trebue să lucreze prea mult. El trece în intestin, fără a lăsa urmă asupra mucoasei şi fără a forţa prea mult glandele gastrice.

Administrarea laptelui. Este bine de a nu

Scanned with OKEN Scanner

se da de la început 3—4 litri de lapte. Se începe în general cu 1 litru și jumătate sau 2 litri, pentru a mări cu o jumătate de litru pe zi și a ajunge la doza necesară. In modul acesta se obține obicinuința, și se permite stomacului și intestinului de a se repauza. Laptele, în regimul lactat absolut, poate fi dat în două moduri: 1) In mici cantități, o jumătate de litru deodată și la fie-care trei oare. 2) Cu paharul din oră în oră.

Aceste două procedee au partizanii lor. Unii preferă primul, zicând că în cazuri de hyperclorhidrie, laptele ajungând în stomac, saturează conținutul hyperacid și face să înceteze durerea. Aceasta nu se reproduce de cât când el redevine liber, se saturează atunci prin o cantitate suficientă de alcalini, așteptând momentul să se ia o nouă cantitate de lapte. Se preferă însă metoda a doua, un pahar ordinar de băut conține 150 grame lapte, și în cazul acesta saturațiunea se îndeplinește mai iute.

Durerea n'are timpul de a reapare când saturația scade, pentru că o nouă cantitate de lapte ajunge pentru a o face să înceteze.

Sunt bolnavi cari au un dezgust invincibil pentru lapte. In cazul acesta se recomandă, a li se da lapte rece în loc de cald, sau să se adauge o foarte ușoară cantitate de cogniac, de rom, apă de mentă, sau amestecat cu o cantitate foarte slabă de apă gazoasă. In fine laptele poate fi amestecat cu mai multe substanțe chimice. Așa în primul rând trebue citat apa de calce în doză de o linguriță pe pahar de lapte. Apa de calce favorizează acțiunea presurei, și sub influența sa laptele de vacă procură un coagul divizat, ca acela ce'l procură în mod normal laptele de femee. Când bolnavul are diaree, se poate

Scanned with OKEN Scanner

adăoga asemenea în timpul zilei, o linguriţă de cafea cu cretă, subnitrat de bismuth, saŭ încă 10—12 gutte de laudanum lui Syedenham, la cantitatea de lapte de luat.

Alţi autori recomandă a se pune 15—20 grame de lactoză la un litru lapte, atunci când laptele e sărac în hydraţi de Carbon. Pentru a ajuta la toleranţa sa, s'a propus a i se adăoga lab-ferment. Am arătat mai sus, că regimul lactat, în oare cari cazuri produce diaree în alte cazuri constipaţie. S'a arătat pe cale experimentală, că micşorarea digestiunei lactate era paralelă cu micşorarea fermentului lab din sucul gastric. Astăzi se întrebuinţează lab-ferment preparat artificial (din stomacul viţeilor) şi a dat rezultate excelente. Ori care ar fi cantitatea de lapte ingerată la fie-care dată, trebue băută prin mici înghiţituri, suficient distanţate pentru ca coagulaţiunea fie-căreia din ele să poată să se producă în stomac înaintea ingestiunii, înghiţiturii următoare. Alte ori laptele este rău suportat, fiind amestecat cu o prea mare cantitate de apă impură încărcată cu germeni morbizi. Ar fi bine deci a se fierbe laptele, însă din punct de vedere practic nu e un procedeu recomandabil, de oare ce laptele fiert ia un gust particular, fad, digestiunea este mai grea din cauza coagulaţiuni albuminei şi modificaţiunii moleculare a cazeinei şi în fine are o valoare nutritivă mai mică. Laptele sterilizat, din contră este cel mai recomandat. Se găseşte preparat în industrie la 110° prin vapori sub presiune; se poate obţine uşor şi prin aparatele lui Soxhlet, Budin şi Gentile.

Indicaţiuni. In gastritele toxice supra-acute după repauzul asbsolut al stomacului de câte-va zile, se dă un regim exclusiv lactat timp de, 7—8 zile. In cancerul stomacului în ultimile pe-

rioade, trebue a menţine bolnavii la un regim lactat exclusiv. Scopul este de a nutri la maximum cu minimum de substanţe; aceasta din cauza anorexiei, care face pe bolnav a respinge ori ce alimente şi din cauza interesului de a nu introduce într'un stomac cu stază, alimente care stagnează uşor.

Mulţi canceroşi se simt mai ameliorați fiindcă fără îndoială utilizează mai bine mica cantitate de alimente ce li se dă sub o formă convenabilă de cât marea cantitate ce lua înainte.

In cazuri de mare stază cu hypersecreţiune, laptele nu trebue să fie de cât singurul aliment permis, aşteptând intervenţiunea chirurgicală. El lucrează astfel: fiind mai puţin excitant ca alte alimente sub influenţa sa stomacul, care produce minimum de sforţări, secretă mai puţin ca înainte, fenomenele dureroase dispar în întregime.

Indicaţia cea mai absolută a regimului lactat integral se găseşte în gastroragia consecutivă unui ulcer. Regimul lactat se impune după încetarea complectă a vărsăturii şi se începe cu slabe doze, o jumătate de litru până la un litru şi mai mult, pentru a ajunge după 5—6 zile la alimentaţia lactată suficientă. Laptele se dă rece. In intervenţiunile gastrice, ca tratament post-operator, laptele se dă în unele servicii a 3-a zi dela operaţie, în alte părţi se dă chiar a 2-a zi după operaţie şi în fine în alte părţi după un interval de 8—10 zile. O altă chestiune care trebue ştiută, este: cât timp se impune la aceşti bolnavi regimul lactat exclusiv.

In privinţa aceasta nu sunt toţi de acord. Unii socotesc că ar fi destul 15—20 zile şi reiau după acest timp o alimentaţie mai bogată.

Unii recomandă bolnavilor până la 6 săptămâni şi chiar 2 luni. Insă din punct de vedere alimen-

Scanned with OKEN Scanner

tar pur şi simplu, se înţelege că a lua mai târziu o alimentaţie mai substanţială, este a expune pe bolnav să se nutrească foarte puţin. Practica ne arată, că este destul 6–8, maximum 10 zile.

Derivaţi ai laptelui. Sunt bolnavi, cari nu pot tolera de loc laptele ca aliment. In cazul acesta se recomandă derivaţi de ai laptelui:

Koumys, care este productul fermentaţiunii lactico-alcoolice al laptelui de măgăriţă. El conţine peptonă, cazeină şi grăsimi uşor asimilabile. Este o băutură nutritivă, aperitivă şi excitantă. Este recomandată de medicii ruşi, unde de altminterea se şi întrebuinţează.

Kephyrul este un alt derivat al laptelui. Este tot o băutură alcoolică ce se fabrică prin Caucazia. Este mai puţin peptonizat şi mai puţin alcoolic ca Koumysul.

Hayem l'a întrebuinţat mult în stările hypoclorhydrice. Existenţa diareii este iarăşi o indicaţie a întrebuinţărei sale, căci o modifică mult. Hayem 'l întrebuinţează în modul următor: divide cantitatea totală, care trebue să fie ingerată în trei porţiuni: prima va fi luată dimineaţa, a doua între cele 2 mese şi a 3-a seara. El poate să înlocuiască în totalitate regimul lactat şi să se ia tot în acelaş mod ca şi acesta.

Regimul ovo-lactat. El constitue un regim mai substanţial şi de o digestiune mai lungă ca laptele. După un timp mai mult sau mai puţin lung de regim lactat se adaogă la el şi ouăle.

Compoziţia. Un ou de dimensiuni mijlocii se compune din 6 grame albumină, 5 grame grăsime şi diverse săruri minerale. Albumina sau albuşul oului este formată din o materie proteică ovoalbumină + ovoglobulină + o materie analoagă fibrinogenului + săruri de potasiu, de calciu, magnesie, fier şi silice. Ea este tipul al-

buminoidelor propriu zise, şi se apropie de serina sângelui. Gălbenuşul este constituit din materii grase + substanţe albuminoase speciale. Printre substanţele albuminoase, citäm nucleoalbumina şi vitelina. Aceste nucleine sunt foarte fosforate. Dintre substanţele grase, lecitina este o combinaţie de acid fosfoglyceric cu nevrina şi acidul oleic şi palmitic. Gălbenuşul este un element bogat în fosfor asimilabil. Oul mai conţine colesterina, care n'are nici un rol nutritiv, glucosă· şi două materii colorante solubile în alcool rece: una fără fer, care pare a se apropia de corpii biliari, alta mai feruginoasă, care seamănă cu hematoidina. Prin albuminoidele sale, grăsimile sale, corpii săi fosforaţi şi ferul său, oul este un aliment de o mare valoare nutritivă, el dă 70 calorii.

Digestibilitatea. Sub forma lichidă, el alunecă foarte repede afară din stomac, împins prin contracţiunile musculare şi nedeterminând nici o congestiune a mucoasei. Sub forma solidă, din contra, nu trece prin pylor de cât după ce a fost foarte impregnat prin sucul gastric şi triturat prin fibrele musculare, producând ca şi carnea o adevărată congestiune a mucoasei. Forma care convine mai bine bolnavilor de altfel este oul crud sau puţin fiert.

Cantitatea. După calculele stabilite de noi, ar trebui, în absenţa ori cărei alte materii albuminoide, 18 ouă pentru a procura cantitatea de albumină necesară raţiunei de întreţinere. O asemenea cantitate ar fi de o digestiune grea, din cauza excesului de grăsime astfel acumulat; asemenea e interes a o reduce mult.

In practică e suficient 5—6 ouă pe zi maximum şi a ajunge progresiv la această doză începând prin două. Iată cel mai bun metod de a se da regimul evo-lactat. Laptele va fi dat din oră

Scanned with OKEN Scanner

în oră cu paharul. Prima zi în paharul de lapte de la prânz și în acel de seara, se va bate un ou. A doua zi, în patru pahare din timpul zilei se va bate câte un ou; și astfel a treia și a patra zi se va ajunge ușor a face să tolereze bolnavul 6 ouă. Căci de la ora 8 dimineața până la 8 seara se socotește 12 ore, ceia ce fac 12 pahare de lapte, se bate un ou într'un pahar pentru două și așa se ajunge la șase ouă pentru 12 ore. Acest mod de a proceda, pe lângă, că are avantagiul de a masca gustul oului de care unii bolnavi se satură, are și efectul de a nu supra-încărca stomacul și de a'i doza într'un mod precis munca ce are să i-o procure. Din nefericire ouăle, ca și laptele, fiind aproape în întregime absorbite prin intestin, au ca și el o tendință a provoca constipație. Ca alimentație post-operatorie se dă începând din ziua 6-a în serviciul D lui Prof. *Toma Ionescu*, în alte servicii după 10—15 zile. Dacă există intoleranță gastrică, care se manifestă prin o mărire a sensibilității stomacului, trebue a exclude din alimentație ouăle, și a reveni la regimul lactat exclusiv care constitue o alimentație destul de suficientă pentru un adult în repaus.

Regimul lacto-vegetarian. El este un regim de tranziţiune, cuprinzând alimentele studiate până acuma și la cari se mai adaugă vegetalele. Ce se înțelege prin regimul vegetarian? Dujardin-Beuametz dă următorul rezumat: „Bolnavul se va nutri exclusiv cu ouă, legume verzi și fructe. Pâinea e permisă; ca băutură, bere, lapte, iar vinul pur și alcoolul este exclus".

Compoziția alimentelor vegetale. Vegetalele diferă de cele alte alimente prin predominența în compoziția lor de hydrocarbonați asupra albuminoidelor, și prin existența unei substanțe mai mult sau maiputin abudente, inatacabile prin sucurile diges-

Scanned with OKEN Scanner

tive. Pe când laptele și ouăle nu lasă în intestin de cât un rest neînsemnat, vegetalele lasă mai tot-d'auna un rest mai mult sau mai puțin considerabil. Alimentele vegetale cele mai întrebuințate în acest regim, se împart în trei clase: cereale, legume făinoase și legume apoase. Bogăția alimentelor vegetale constă numai în materii hydrocarbonate și sărurile organice. Ele nu conțin de cât foarte puține materii albuminoide și grăsimi, ceia ce explică de ce regimul vegetarian este un regim insuficient prin el însuși. Pentru a avea rațiunea de întreținere a unui adult, ar trebui să se ingereze cantități enorme de alimente vegetale, ceia ce ar fi cantități intolerabile, vegetalele fiind prea puțin digestibile.

Digestibilitatea. Alimentația vegetariană lasă cele mai multe resturi pentru următoarele motive: celuloza e greu digerată în intestin, substanțele lor amilacee și mucilaginoase se transformă greu în zachăr și materiile albuminoide n'au timpul a suferi transformațiunile complecte cari precede asimilațiunea lor.

Avantagiile și inconvenientele alimentelor vegetale. Ele constituesc un intermediar între alimentația lactată și alimentația mixtă și constituesc din acest punct de vedere un grad indispensabil către regimul cărnos. El excită mult peristaltismul intestinal, regularizând scaunele.

Totuși alimentația vegetală prezintă inconveniente. In primul rând, ea este insuficientă din două motive: primul este excesul de hydrați de carbon și al doilea este faptul, că conține o albumină vegetală inferioară albuminei animale. Apoi ele constituesc o alimentație prea voluminoasă, aducând săturarea. Vegetarismul pur și simplu, nutrind insuficient are nevoe de un corectiv: laptele și ouăle, cari suplează ceea ce lipsește vegetalelor, adică albuminoidele și gră-

simile. In cazul acesta regimul ovo-lacto-vegetarian este un regim complect. Se poate distribui o asemenea alimentaţie în modul următor: la 8 ore dimineaţa o jumătate litru lapte, şi un ou; la 10 ore o jumătate litru de lapte. La prânz: o jumătate litru lapte, 125 grame piureu de legume, 2 ouă crude; la 4 ore: un ou, o fiertură de făină 60 grame; la 7 ore, o jumătate litru lapte, o pastă alimentară 80—100 grame, orez cu lapte.

Indicaţiuni. In ceia ce priveşte prescripţiunea acestui regim, trebue să avem foarte mult în vedere toleranţa ce bolnavul prezintă faţă de acest regim. Din acest punct de vedere, avem trei diviziuni la bolnavii de stomac: 1. Aceia, cari nu trebue nici odată să fie supuşi la regimul lacto-vegetarian. 2. Aceia, cari pot să-l urmeze dar numai după o perfectă toleranţă a celor două regime precedente 3. Aceia la cari poate fi dintr'o. dată prescris. Printre bolnavii la cari alimentaţia lacto-vegetariană nu trebue nici odată să fie permisă, sunt canceroşii şi aceia cu ulcer, cari prezintă stază şi hypersecreţiune abundentă. Bolnavii la cari hypersecreţiunea a devenit mai mică sub influenţa regimului lactat, cum sunt bolnavii operaţi de ulcer cu o evoluţiune cronică, la aceştia zic, regimul lacto-vegetarian 'şi găseşte indicaţia sa.

La oare-cari dispeptici nervoşi, se poate dintr'o dată prescri regimul acesta lacto-vegetarian fără aplicaţia anterioară a unui regim mai sever.

Cât timp se continuă alimentaţia lacto-vegetariană? Nu este o regulă generală în această privinţă, se poate zice ca şi la regimul lactat integral: trebue menţinută atât timp cât bolnavul supus la maximum său, prezintă cea mai uşoară sensibilitate a stomacului.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă, din contra, nutrindu-se cu tot ceia ce regimul cuprinde, nu suferă de loc, atunci se poate încerca o alimentaţie mai abundentă şi a prescri regimul mixt. Acest regim în serviciile noastre nu se dă, decât cel puţin după 8—10 zile dela intervenţia gastrică, în serviciul D-lui profesor Angelescu după 15 zile.

Regimul mixt. Este astfel numit pentru că în compoziţia sa intră alimente aparţinând la toate clasele: animale, vegetale şi minerale. Constitue alimentaţia cea mai variată. Carnea este alimentul care excită la maximum secreţiunea gastrică; de aceia este util a se începe mai întâiu prin doze slabe de 60 sau 80 grame. Asemenea trebue să divizăm fin carnea, pentru a nu lăsa prea multă vreme în contact cu mucoasa un aliment care o irită tot-deauna. Carnea reprezintă alimentul azotat prin excelenţă; ea cuprinde aproape a 5-a parte din greutatea sa materii albuminoide; apoi conţine, grăsime, substanţe extractive, hydraţi de carbon şi săruri minerale. Carnea este unul din alimentele care stă cel mai mult timp în stomac. De aceia trebue a nu se prescri carne înainte de a se asigura de starea aproape perfectă a funcţiunilor gastrice. Totuşi digestibilitatea variază cu mai mulţi factori: alegerea animalului şi preparaţia culinară. Pâinea este iarăşi un aliment care intră în regimul mixt.

Cantitatea care trebue permisă nu trebue să treacă peste 150—200 gr. pe zi. Tot în acest regim intră diferitele băuturi: apa de Vichy, vinul de Champagne şi alte ape minerale. Regimul mixt se impune atunci când stomacul, nu mai prezintă nici urmă de intoleranţă pentru regimul ovo-lactat. Când însă, timp de 5 sau 6 zile de un regim mixt, stomacul devine din ce în ce mai dureros, când vărsăturile apar, trebue a relua iar regimul lactat.

Scanned with OKEN Scanner

Dar trebue ştiut, că în mod fatal, primele zile când carnea este luată, durerile se arată. Trebue a ne raporta nu la ceeace zic bolnavii, dar la examenul sensibilităţii stomacului el însuşi. Se întâmplă adesea, că după 4—5 zile de un atare regim, hiperestezia mai întâi mărită, se atenuează.

Este o fază critică, necesară de trecut şi de care trebue să fim preveniţi. In orice caz dacă carnea este rău tolerată, trebue a nu continua în speranţa, că bolnavul va ajunge să o suporte. Este bine atunci a relua alimentaţia lacto-vegetariană. Mulţi dintre ei, mai ales cei nervoşi, hypocondriaci, fie prin fobia alimentelor, fie prin inapetenţă, nu cer să mănânce. Atunci, micşorarea greutăţii, este un indiciu sigur al agravaţiunii stării lor; trebue deci cu orice preţ a-i alimenta. O ultimă chestiune este aceea a cantităţii băuturii. La pacienţii, cari prezintă o atonie, unde prin urmare absorbţia este slăbită şi unde cantitatea de apă necesară nu întrece pe aceea a trebuinţelor ordinare trebue a micşora cantitatea de lichide. La ei apa ingerată şade în stomac, bolnavii deci nu au aşa mare sete. La ei, după Bouchard ar fi suficient 800 grame de lichid pe zi. O prea mare cantitate de lichid, ar dilua sucul gastric şi l-ar face mai puţin activ. Apa de băut trebue să fie caldă pentru a excita secreţiunea şi mai mult încă motricitatea stomacului. Când însă nu există dilataţiune, nici atonie şi când absorbţia gastro-intestinală se face normal, ori câtă apă este necesară organismului se poate da, după Linossier.

In realitate un litru până la un litru şi jumătate pe zi ar fi suficient, cu condiţie să fie luat prin scurte înghiţituri, regulat distanţate pe cât posibil. Regimul mixt se dă în serviciul domnului profesor Toma Ionescu după 10 zile, în ser-

Scanned with OKEN Scanner

viciul domnului profesor Angelescu după 20 zile, regim care variază după indicaţiile fie-cărui autor, pe cari le voiu descri în capitolul următor.

Tratamentul post-operator în diferite servicii de spital.

Acest tratament este de o mare importanţă. Dacă bolnavul este prea slăbit, vom lupta contra colapsului care poate să se producă, prin injecţii cu eter, cafeină şi ser artificial.

O chestiune însă foarte mult discutată, este chestiunea alimentării bolnavilor după operaţie. Terrier, Doyen, Hartmann, Roux şi alţi chirurgi mai ales cei germani, încep să alimenteze pe bolnavi din chiar seara primei zile de operaţie începând cu laptele şi de la finele primei săptămâni le permite să mănânce după plăcerea lor. Roux se exprimă astfel: „Precauţiunile exagerate din punctul de vedere alimentar, pe cari le iau unii chirurgi, au perdut mulţi bolnavi, cu toată operaţiunea lor bună, neputând rezista stărei de inaniţie în care se găseau. Dacă sutura e bună, alimentaţia nu o va desface, dacă este rău făcută, conţinutul stomacal filtrând printr'însa, va fi suficient, în afară de ori ce alimentaţie, să determine o peritonită. Această convingere o are şi d-nul prof. T. Ionescu.

Tot cam aceleaşi opiniuni au şi mulţi din chirurgii germani.

Tratamentul post-operator recomandat de chirurgul Kehr din Berlin.

Dieta post-operatoriă, zice Kehr, trebue să varieze cu boala şi cu starea bolnavului.

Nu e tot una, un bolnav, al cărui stomac a fost sănătos până la un moment dat, când pri-

Scanned with OKEN Scanner

meşte o lovitură cu o armă de foc, sau a înghiţit un corp strein şi se intervine pe cale chirurgicală, cu un bolnav al cărui stomac suferă de o afecţiune organică veche.

La cei dintâi, o dietă absolută timp de 48 ore sau şi mai mult, se poate impune fără ca bolnavul să slăbească prea mult.

La cei însă cu o afecţiune organică veche, zice Kehr, nici clizmile nutritive nu sunt adesea suficiente, căci bolnavul extrem de slăbit, mai ales după operaţie, necesită imediat să i se dea alimente. Aceasta în ceia ce priveşte boala, tratamentul variază. In ceia ce priveşte, felul operaţiunei, starea anterioară a stomacului (atonie) tratamentul după Kehr, variază.

Astfel, el alimentează într'un mod bolnavii operaţi prin rezecţia pylorului, în alt mod pe cei cu o pyloroplastie şi altfel pe cei cu o gastro-enterostomie la cari ţine socoteală de exemplu, de revenirea bilei sau sucului pancreatic în stomac, sau alte complicaţii ale acestei metode. Până acum câţi va ani, alimentaţia era foarte simplă, se oprea ori şi ce hrană, fie solidă, fie licidă, cu scopul de a nu se rupe suturile. Se alimenta bolnavii, numai prin clizme alimentare. Iginio Tansini, chirurg italian, fu de părere, că o bună parte din operaţii de stomac mor în urma epuizării şi inaniţiunii, a lăsa la o parte clizmele şi a recurge la alimentaţie imediat. El a probat că suturile erau aşa de resistente pe stomac, în cât se putea da ori ce alimentaţie. Aşa în 1889 făcu rezecţia pylorului la 2 câini, cărora le dădu imediat după operaţie alimentaţie mixtă şi nu avu nici un accident. Asemenea făcu autopsia unui bolnav care sucombă de o altă complicaţie şi care fusese operat de stomac; ei bine, suturile erau aşa de solide în cât chiar apăsând alimentele pe stomacul

scos afară, totuşi suturile nu se rupeau. Leunsthein aprobă de asemenea concluziunile lui Tansini. Kraske zice de asemenea că nu e în totd'auna bine să se aştepte mult, până să se ajungă la regimul alimentar mixt. Manteuffel, recomandă de asemenea a se începe cât mai curând cu alimentaţia mixtă a stomacului. Eiselberg din Viena recomandă acelaşi lucru. Krönlein dă chiar în ziua de operaţie pacientului din când în când, câte o linguriţă cu ceaiu şi cogniac şi câte o dată chiar a 2-a zi după operaţie, lapte, ciaiu pe gură, iar la a 3-a sau a 4-a zi îndepărtează clizmele alimentare. El şi Kehr recomandă o hrănire cât mai timpurie pe cale stomacală. Kehr zice că n'a avut colaps, în practica lui, nici o dată, începând din prima zi cu cogniac, cafea, iar după 24 ore, îndată ce fenomenele narcozei au dispărut, rocomandă pacientului supă, ciaiu cu cogniac şi alimentaţie lichidă, dată cu linguriţa la fie-care 10 minute chiar şi noaptea.

A 3-a zi se dă lapte şi cogniac tot ca şi în ziua 2-a. A 4-a zi se dă supă şi ouă.

De la a 6-a zi, alimente solide, carne tocată, ouă moi, creer. Rezultatele au fost foarte satisfăcătoare. Kehr, variază regimul alimentar după starea bolnavului (febră, vărsături) după momentul când stomacul a căpătat funcţiunile motoare şi secretoare şi în fine conchide: „că chirurgul care nu ţine seamă de aceste consideraţiuni, nu trebue să se mire când se periclitează succesul unei operaţiuni făcută chiar cu o technică magistrală şi o asepsie riguroasă".

El variază regimul şi după felul operaţiunii: o rezecţie a pylorului altfel o tratează ca o pyloroplastie. Trebue avut în vedere lipsa unei părţi

importante din stomac, pe când pyloroplastia nu cere atâta atenţie.

Cu cât se rezecă mai mult din stomac, cu atâta trebue să fie o nutriţie mai îngrijită. Căci stomacul în prima linie este un rezervoriu care ţine alimentele după digestibilitatea lor; dacă după rezecţia stomacului o bună parte din stomac lipseşte, trebue să dăm cantităţi mici şi la intervale apropiate; pe de altă parte, cum intestinul este mai sensibil la temperatură ca stomacul, trebue la o excizie întinsă a stomacului, să oprim darea de alimente reci de şi ele sunt agreabile bolnavului, şi trebue deci a fi la o temperatură mai caldă, mai apropiată cu a stomacului. Chalter, a produs o enterită neţinând seamă de acest lucru, dând ceaiu rece. Lipsa funcţiunii mecanice, a stomacului rezecat ne face pe noi în atari cazuri să dăm alimente lichide mai mult.

In privinţa lipsei acţiunei chimice a stomacului, nu trebue a ne îngriji atâta, de oare ce în secreţia pancreasului este o compensaţie a perderii secreţiunilor. Ca concluziuni, Kehr, în privinţa tratamentului post-operator se exprimă aşa: „la fie-care bolnav după operaţie trebue dela început zi cu zi şi ceas cu ceas a i se prescri dieta“. La bolnavii operaţi de stomac nu de o boală cronică, ci în urma unei intervenţiuni de urgenţă de exemplu, se pot lăsa cu o dietă absolută mai mult timp, până slăbesc chiar.

Cu cât însă operaţia este mai intensă, cu atât dieta trebue să fie bine prescrisă, şi se poate trece la o alimentaţie solidă, mai repede, după operaţie. Aşa la cei cu carcinom slăbiţi, cu totul, necesită o hrană lichidă imediat după operaţie, întrebuinţarea clizmelor nutritive este numai de nevoe. O cunoştinţă exactă a stării secretoare şi motoare a stomacului este absolut necesară pen-

Scanned with OKEN Scanner

tru stabilirea dietei. Toate aceste consideraţiuni, mă fac să zic că stabilirea unei diete absolut generale este falsă. Şi de aceia după caz şi împrejurări vom stabili dieta. Va avea succes acel chirurg care va ţine socoteală de aceste consideraţiuni.

Unui operat de gastrostomie iată ce dietă i se prescrie: 24 ore pacientului i se spală des gura, nu i se dă nimica ca nu cumva din cauza vărsăturilor cari ar putea să-i survie să i se desfacă sutura.

Dacă operatul e foarte hemaciat, este în colaps i se dă ciaiu, cogniac, pe tubul pus prin gura stomacală. Trebue să i se dea la fie-care două ore şi în cantităţi mici, căci stomacul e în general retractat şi nu poate să conţină mari cantităţi. A II-a zi se dă pacientului la fie-care două ore ceaiu cu cogniac, sau lapte cu ouă, sau vin cu peptonă câte o jumătate de ceaşcă. Chiar şi noaptea se continuă aceasta, fiindcă pacienţii sunt foarte slăbiţi şi nu pot reveni aşa uşor. A III-a zi se dă bulion cu ouă. Hrănirea pe gură se evită cu totul, căci nu trebue în asemenea condiţiuni a se irita prea mult carcinomul căci numai în asemenea condiţiuni el nu progresează iute. A 4, 5, 6 şi 7-a zi se dă tot aceiaş alimentaţie. A 8-a zi se dă o alimentaţie solidă compusă din supă de cartofi, ouă, lapte, făinuri şi în fine supe cu carne tocată. După 3 săptămâni, se poate, zice Treidelenburg, a învăţa pe bolnav să mestece mâncarea în gură şi apoi să o întroducă pe tub în stomac, aceasta nu numai că face pe bolnav să aibă gust, plăcere pentru alimente, ci se şi dă stomacului saliva necesară; chiar se şi adaptează adesea o pâlnie la tubul care e introdus în stomac, pentru a se putea spăla des.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul post-operator recomandat de chirurgii francezi.

Majoritatea chirurgilor francezi, ca și cei germani încep să alimenteze bolnavii din chiar seara primei zile de operație, începând cu laptele și de la finele primei săptămâni le permite a trece la regimul mixt, bazați tot pe aceleași motive ca și cei germani. Astfel, *profesorul F. Terrier și H. Hartmann*, recomandă într'un caz de *gastro-enterostomie*, *următorul tratament post-operator:*

Imediat după operație se fac operatului injecțiuni sub-cutante de eter, cafeină și mai ales injecțiuni masive de ser (1.000 gr. până la 2.000 grame în țesutul celular sub-cutanat) în timpul celor prime 24 ore. Din prima seară a intervenției, dacă bolnavul n'a vărsat, se începe a se da câte-va lichide pe gură, champagne amestecat cu puțină apă. In acelaș timp se dau clizme nutritive, ce se reînoiesc de 5 sau 6 ori în timpul zilei.

A 2-a și a 3-a zi se începe cu lapte amestecat cu puțină apă și bulion; a 4-a și a 5-a zi se dă pe lângă acestea, supă cu pâine și alimente ușoare de digerat. A 6-a zi tot acelaș regim iar de la a 7-a zi începe a se da carne tocată.

Nu trebue a lăsa bolnavul la dietă absolută, zice Terrier și Hartmann, de cât numai în cazuri de vărsături cloroformice (narcotice). Acești chirurgi recomandă spălături stomacale a 2-a, a 3-a și a 4-a zi; ei le fac, fără a ezita. Când bolnavul are puțină temperatură, gura uscată, limba încărcată, căci în asemenea cazuri, e vorba de putrefacțiune stomacală; toate aceste fenomene încetează imediat după o spălătură de stomac și operatul merge foarte bine din acest moment.

In toate cazurile, se va supraveghea starea gurei și se va asigura de antisepsia bucală pen-

Scanned with OKEN Scanner

tru a evita complicaţiunile parotidiene şi pulmonare, destul de frequente după aceste operaţiuni. In general, cursul materiilor intestinale se stabileşte el însuşi fără purgativ, fără clizmă. Câte odată survine diaree.

Tratamentul post-operator într'un caz de pylorectomie după Roux, Terrier şi Hartmann

După pylorectomie, care este în general o operaţiune de lungă durată, o oră şi jumătate sau şi mai mult, există adesea un oare care grad de anemie şi o tendinţă la colaps. Astfel prima indicaţiune este de a combate acestea, după operaţiune. In acest scop, se va acoperi bolnavul cu rufe calde; se va face injecţiuni de eter, de cafeină şi de ser artificial. Un accident ce trebue să combatem în aproape toate cazurile de pylorectomie, este *inaniţiunea*.

Indată ce ridicăm obstacolul pyloric, trebue să nutrim operatul, mai ales că după operaţiune este cu totul epuizat.

Roux şi Kraske au insistat mult asupra acestei necesităţi a alimentaţiei precoce; „ce importă, „zice foarte drept Kraske, o slabă cantitate de „lichid mai mult în stomac, atunci când există „deja, mai ales în caz de dilataţiune, secreţiuni „morbide ale mucoasei atinsă de catar şi prin „urmare, deja mult lichid".

Roux chiar, a doua zi după operaţiune dă bolnavilor săi tot ceia ce ei doresc, ca alimentaţiune, champagne, vin alb, în fine alimentaţiune mixtă, aceasta ar fi după Terrier, prea exagerat. *Billroth* dădea să sugă la operaţii săi puţină ghiaţă, clisme cu vin cald, bere şi peptonă; a-

poi lapte, cogniac, ceai și rom pe gură; de la a 8-a zi le dădea creer, ouă și carne fin tocată.

Heinecke prescrie clizme nutritive, timp de 4 zile; a doua zi, dă puțin ceai și apă îndulcită cu zahăr; a 3-a zi, lapte și apă cu zahăr; a 4-a zi tot așa; a 5-a zi, o ceașcă de lapte sau zeamă de carne de trei ori pe zi; apoi de la a 7-a sau a 8-a zi, supe ușoare de digerat, cărnuri fripte etc.

După Terrier și Hartmann, tratamentul post-operator iată cum se aplică: In prima zi se fac injecțiuni sub-cutanate de ser, și se dă o serie de clizme nutritive, la anumite intervale de timp. A doua zi se dă champagne, puțină apă. A 3-a, a 4-a și a 5-a zi ceaiu, lapte, apă de Vichy, iar de aci înainte se trece la o alimentație mai substanțială: peptonă, ouă, creer etc. Câte odată, cu toate acestea, alimentațiunea precoce întâlnește serioase dificultăți, fie că pacientul are vărsături post-anestezice, fie că are o atonie gastrică. In acest caz, operatul, care a fost relativ bine o zi sau două se plânge de greutate la stomac, de eructațiuni, regurgitațiuni sau chiar vărsături. Limba se usucă, starea generală devine rea. Are atonie gastrică, fermentațiune de lichide acumulate și intoxicațiune prin rezorbițiunea produselor toxice. Trebue, fără a ezita, a face o spălătură a stomacului. Se va face această spălătură lăsând bolnavul culcat, nu se va prelungi prea mult ședința pentru a nu obosi prea mult pacientul, oprindu-ne chiar înainte ca lichidul să revie clar și se va reîncepe imediat alimentațiunea. Aceste spălături pot fi repetate de mai multe ori dacă e necesar, alimentațiunea fiind continuată în intervalul lor. Este mai bine ca o sutură să fie puțin ajutată prin o spălătură decât scăldată de lichid putrefiat. In câteva cazuri s'a văzut vărsăturile

Scanned with OKEN Scanner

începând, când se culcă bolnavul pe partea dreaptă. Kraske, Kocher, Manteuffee și alții s'au servit mult de această practică.]

Pare, că în aceste cazuri, există reflux al conținutului duodenal în stomac; fenomenele reamintesc pe acelea ce Ebstein a descris sub numele de incontinență pylorică.

Se va supraveghea în fine cu multă grije aparatul pleuro-pulmonar al operaților de pylorectomie și tubul lor intestinal, diareia putând să survie și să prezinte aceleași pericole ca după gastro-enterostomie.

Tratamentul post-operator într'un caz de gastro-enterostomie după Profesorul Monprofit.

In prima zi a operațiunii, face injecțiuni, cu ser fisiologic, cantitatea în raport cu starea bolnavilor. Iar ca alimentație dă apă de Vichy și puțin bulion.

A 2-a zi: dă bulion, tapioca, și apă de Vichy.

A 3-a zi: bulion, apă de Vichy, supă slabă și puțină pâine.

A 4-a zi: ouă, bulion, lapte și supă.

A 5-a zi: ouă, lapte creer, apă și vin.

A 6-a zi: ouă, lapte, creer, apă și vin.

A 7-a zi: carne albă și regim-ovo-lacto-vegetarian.

A 8-a zi: regim mixt.

Prin urmare și acest autor recomandă alimentația chiar din prima zi a operațiunii.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul post-operator într'un caz de gastro-enterostomie după Ch. Monod și Vanverts.

Acești autori recomandă din seara operațiunii, chiar dacă pacientul a vărsat, a i se da puțină champagne și puțină apă, iar în timpul zilei 6—7 clizme alimentare. A 2-a și a 3-a zi dă lapte, bulion și supă. Până la á 7-a zi se urmează regimul ovo-lacto-vegetarian, iar de aci înainte regimul mixt. In cazuri de febră sau diaree se fac spălături de stomac.

In rezumat majoritatea chirurgilor francezi sunt tot de aceiaș opinune ca și a d-lui prof. *Toma Ionescu.*

TRATAMENTUL POST-OPERATOR IN SEVICHILE DE SPITAL DIN BUCUREȘTI

Tratamentul post-operator recomandat de D-l Profesor Toma Ionescu.

D-l profesor Toma Ionescu bazat pe faptul că suturile bine făcute nu cedează, dânsul recomandă pentru a debarasa stomacul de sângele care se acumulează în timpul intervenţiunei, pentru a evita fenomenele de stază și pentru a aseptiza până la un punct acest organ, să se facă la câte-va ore după operaţiune o spălătură stomacală fie cu ser, fie cu apă sterilizată. In caz de vărsături și intoleranță gastrică se fac spălăturile la fie-care două ore până dispare ori-ce fenomen de stază ori intoleranță gastrică și organul devine apt a primi ori-ce alimentaţiune.

Technica spălăturii stomacale. Casimir Renaut, cel dintîi în 1802, într'un caz de otrăvire,

avu ideia de a goli stomacul şi a'l spăla pentru a opri accidentele de intoxicaţiune.

De atunci numeroase încercări de spălături au fost făcute, dar ele rămâneau în stare de cazuri izolate, până când Kussmaul introduse spălătura stomacală în practica tratamentului boalelor acestui organ, în particular al dilataţiunei. Diferite aparate mai mult sau mai puţin complicate, au fost în mod succesiv întrebuinţate pentru acest scop până când în 1879, Faucher prezintă un aparat foarte simplu şi perfect. Sonda era moale şi în loc de a goli conţinutul stomacal prin aspiraţiune, se utiliza în mod simplu de proprietăţile sifonajului.

Tubul lui Faucher este un tub lung de un metru şi 50 c. m., flexibil, extrem de moale, dar cu toate acestea destul de rezistent pentru a nu se lăţi în timpul trecerei esofagiene. Suprafaţa sa este absolut netedă, lumina este destul de largă pentru a permite trecerea conţinului stomacal şi a materiilor alimentare. El nu se introduce ca o sondă, ci trebue a pune pe bolnav să înghiţă.

Se împinge uşor până în cavitatea dindărăt a gâtului şi se roagă bolnavul de a face câteva mişcări de deglutiţiune. Sub acţiunea acestora, tubul pătrunde progresiv şi ajunge în stomac. Un punct de reper, pus pe tub la 50 cm. de extremitatea sa gastrică, împedică de a se înfunda prea mult. La extremitatea gastrică, tubul este prevăzut de un ochiu lateral, care ar putea înlocui deschiderea terminală în caz când ea ar fi obliterată; unghiurile de secţiune sunt rotunjite pentru a evita ori ce lesiune a mucoasei. La cea laltă extremitate a tubului este adaptată o pâlnie. Debove a modificat acest tub dând părţii sale esofagiene o rigiditate mai mare, pentru a învinge mai bine contracţiunea spasmodică a

faringelui. Ea este lungă de 50 cm. A doua parte a tubului, lungă de de 90 cm. este legată la prima prin un șurub metalic, ea este complect moale și poate fi intrebuințată ca ramură lungă a unui sifon, al cărui tub esofagian formează ramura scurtă; unul din inconvenientele tubului Debove este micimea orificiilor, cari se obstruează ușor. Un alt tub este al lui Frémont puțin mai rigid ca acela al lui Debove și mai lung ca celelalte tuburi, ceea ce mărește puterea de aspirațiune a ramurei descedente a sifonului; el poartă pe traectul său un indiciu de sticlă prin ajutorul căruia se poate ști dacă lichidele cari vin din stomac sau cari se duc, se scurg, sau dacă ele sunt staționare.

O dilatațiune în formă de pară se poate adapta pe traectul sifonului așa de bine, că prin presiuni succesive pe pară se poate ajuta la progresiunea materiilor conținute în tub.

Iată technica spălăturii: Bolnavul fiind așezat pe scaun sau pat, cu un șervet înodat împrejurul gâtului, i se spune să deschidă gura și cu mâna dreapta să introduce sonda muiată în puțină apă, indexul stâng deprimând dacă e necesar. baza limbei și dirijând în jos extremitatea sondei. In momentul când sonda ajunge la partea inferioară a pâlniei faringiene, ea întâlnește o oare care rezistență și provoacă câte odată puțină tuse; trebue atunci a spune bolnavului să respire larg și să facă sforțări de deglutițiune.

In acelaș timp se împinge sonda care pătrunde în esofag. Un ușor tresalt și emisiunea sonoră de gaz indică, că cardia este trecută.

Adesea lichidele conținute în stomac es imediat și e suficient a scoborî pâlnia spre un recipient pus pe pământ pentru a vedea scurgerea con-

tinuându-se regulat după principiul sifonului. Adesea scurgerea nu se produce, trebue atunci a face să tușească bolnavul în cât să producă pe stomac o serie de zguduituri expulsive. Aceasta este suficient pentru a stabili sifonul. Câte odată scurgerea nu se face pentru că s'a înfundat prea mult tubul, e suficient a-l ridica puțin pentru a provoca scurgerea.

In fine, poate fi util de a provoca sforțări de vărsături, prin mici scoborîri și ridicături ale tubului. Pentru spălutură, apa este vărsată în pâlnie; ridicând pâlnia lichidul intră în stomac, se lasă în jos iute înainte ca ea să fie complect goală; sifonul fiind stabilit, apa revine mai mult sau mai puțin amesteată de suc gastric și de resturi alimentare. Reînoind aceiași manoperă, se ajunge a curăți pnțin câte puțin complect stomacul. Se retrage atunci sonda punând pe bolnav să facă câteva mișcări de deglutițiune cari previn regurgitațiuni adesea foarte penibile. Spălătura stomacală este contra indicată în stările cașectice, în oare cari nevrose cardiace, în ulcere însoțite de gastroragii și în cancere cu vărsături negre. Este indicată în formele grave ale dilatațiunii de stomac, în catare, fermentațiuni și hyperaciditate gastrică. S'a preconizat înaintea operațiunilor pe stomac de către unii chirurgi între cari și de d. prof. T. Ionescu.

Este indicată atunci când voim a studia funcțiunile motrice și secretorii ale stomacului. Examenul lichidelor de stază este interesant pentru diagnosticul boalei în prezența căreia ne găsim. In ulcer, este în general un lichid foarte abundent, fluid, având o odoare de vin fermentat, conținând o cantitate de acid clorhydric mai abundentă sau normală.

In cancer, lichidul este de cele mai multe ori

des, păstos, amestecat cu mucus și are o odoare de acid butyric. El nu conține acid clorhydric și din contră cuprinde adesea acid lactic. Prezența acestui din urmă, considerată de câți-va autori, în special în Germania, ca simptomatică a cancerului, este legată cu anaclorhydria, și poate să se întâlnească în simple gastrite cronice.

Spălăturile stomacale mai sunt recomandate imediat după operațiunile cari se fac asupra stomacului, pentru a evita fenomenele de stază sau intoxicare și a curăți stomacul de sângele acumulat în timpul intervenției, după cum am spus la început.

După operație spălătura se face în același mod dar introducem o cantitate mai mică de lichid căci capacitatea gastrică e diminuată.

Tratamentul post-operator în serviciul D-lui Profesor Toma Ionescu.

Ziua I-a. Spălături stomacale. Regim absolut și injecțiuni cu ser (cantitatea în raport cu starea bolnavului).

Ziua II-a. Apă de Vichy 500—1.000 grame în raport cu starea de toleranță gastrică; dacă sunt intoleranțe gastrice se fac spălături stomacale, regim absolut, clisme cu ser fisiologic și injecțiuni cu ser.

Ziua III. Apă de Vichy 500—1.000 grame pentru tot atâta lapte în raport cu toleranța gastrică.

Ziua IV. Lapte pur până la 1.000 grame. Apă de Vichy pentru băut.

Ziua V. Lapte pur, supă de pui, pâine și apă de Vichy.

Ziua VI. Lapte, supă de pui, ouă, pâine și apă de Vichy.

Scanned with OKEN Scanner

Ziua VII. Lapte 500 grame, supă de pui, ouă și carne de pui.

Ziua VIII. Regim obicinuit porția III-a.

De aci înainte se dă ori și ce alimentație bine înțeles după toleranța gastrică.

Domnul profesor Toma Ionescu, la toți bolnavii operați de stomac în serviciul domniei sale (unde se practică foarte multe operațiuni de asemenea natură) n'a avut nici o complicație post-operatorie, care să pericliteze cumva viața vreunui pacient.

Afară de ușoare intoleranțe gastrice (vărsături), stază, cari dispăreau imediat în urma spălăturilor stomacale și edeme post-operatorii.

Patogenia edemului post operator este următoarea: In stare normală organismul este în echilibru clorurat. Clorurii sunt excretați în acelaș timp cu clorurii ingerați; există un echilibru între cloruratiunea și hidratațiunea organismului supus la o alimentațiune ordinară. Dacă prin o cauză oare-care se află retențiune de cloruri în organism, îndată edemul apare. Așa se întâmplă în nefrite, când rinichii devin insuficienți a elimina excesul de cloruri inutili trebuințelor noastre. Edemul post operator 'și are atunci următoarea explicațiune: la un regim hypoclorurat, adică, regimul de dietă absolută și lactat la care este supus pacientul câte-va zile, succede brusc un *regim alimentar*, ce se poate considera hyperclorurat, urmează natural o retențiune clorurată și deci o hydratațiune progresivă, până când echilibrul clorurat este stabilit.

Pe lângă aceasta etatea înaintată și starea de inanițiune anterioară a pacienților, contribuesc la apariținea edemelor.

Iată cum se exprimă profesorul Monprofit și Canonne: „Condițiunea esențială a edemului post-

operator este reluarea bruscă a unei alimentaţiuni mixte de un bolnav slăbit şi de cât-va timp în stare de denutriţiune, unită la o asimilaţiune rapidă. La bolnavii noştrii rinichii fiind sănătoşi, echilibrul clorurat se stabileşte iute între 2—3 zile, iar edemul dispare repede".

Dacă edemul post-operator tinde a se generaliza se revine iar la regimul lactat şi el dispare după câte-va zile.

Domnul profesor Toma Ionescu, în numeroasele intervenţiuni chirurgicale pe stomac din serviciul D-sale, alimentând bolnavii ast-fel după cum am spus mai sus, n'a avut nici o complicaţiune gravă şi bolnavii au eşit perfect vindecaţi. Voi cita la finele acestei lucrări, numeroase observaţiuni culese din serviciul D-sale (bolnavii din ultimele luni ale acestui an i-am urmărit zilnic) din care se va vedea, că bolnavii au eşit din spital perfect vindecaţi.

In rezumat, părerile D-lui profesor T. Ionescu în privinţa tratamentului post-operator al bolnavilor de stomac, este ca şi acel al chirurgilor streini pe cari 'iam citat în această lucrare.

Tratamentul post-poerator în serviciul D-lui Profesor Severeanu.

(Serviciul I chirurgical Spitalul Colţea)

Domnul profesor Severeanu bazat pe faptul că suturile bine făcute nu cedează şi că pacienţii se află în o stare complectă de slăbiciune în momentul operaţiunii, recomandă a se alimenta, cât mai curând după operaţiune. Părerile D-sale sunt tot aceleaşi ca şi ale D-lui prof. *Toma Ionescu*. Iată în rezumat tratamentul post-operator:

Ziua I-a. Dacă sunt intoleranţe gastrice, spălături stomacale. Regim absolut şi injecţiuni cu ser, (Cantitatea în raport cu starea bolnavului).

Ziua II-a. Apă de Vichy 500—1.000 grame în raport cu starea de toleranţă gastrică. Dacă sunt intoleranţe, regim absolut, clizme cu ser şi injecţiuni cu ser.

Ziua III-a. Apă de Vichy 500—1.000 grame pentru tot atâta lapte.

Ziua IV-a. Lapte pur 1.000 gr. Apă de Vichy pentru băut.

Ziua V-a. Lapte, supă de pui, pâine şi apă de Vichy.

Ziua VI-a. Lapte, supă, ouă, pâine şi apă de Vichy.

Ziua VII-a. Lapte 500 grame, supă, ouă şi carne de pui.

Ziua VIII-a. Regim mixt, porţia III-a.

De aci înainte se dă ori şi ce alimentaţie bolnavilor; nu se citează în serviciul D-sale nici o complicaţie post operatorie. Bolnavii au eşit perfect vindecaţi.

Tratamentul post-operator în serviciul D-lui Doctor Racoviceanu-Piteşti.

(Serviciul I chirurgical, Spitalul Colentina)

Domnul Doctor Racoviceanu-Piteşti, bazat tot pe aceleaşi motive ca şi ale D-lui prof. *T. Ionescu*, alimentează bolnavii cât se poate de repede, urmând acelaş tratament ca şi în serviciul D-lui prof. *T. Ionescu.* Dânsul nu face spălături stomacale, de cât în cazul când pacienţii prezintă stază sau alte simptome de intoleranţă gastrică.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul post-operator în serviciu D-lui Profesor Angelescu.

(Serviciul I Chirurgical, Spitalul Filantropia).

Domnul prof. Angelescu *este cu totul contrariu* opiniunilor chirurgilor, despre cari am vorbit până acuma. Domnia sa este de părere: a nu se administra pacienţilor nici o alimentaţie fie lichidă, fie solidă în primele zile până ce părţile suturate nu au prins perfect aderenţe.

Procesul reparativ ce se petrece la nivelul plăgei, are nevoe de un repaus absolut al organului, zice Domnia sa. Căci a se introduce alimente într'un stomac de curând suturat, este a risca să se producă la nivelul firelor de sutură, tracţiuni ce pot fi suficiente pentru a secţiona ţesuturile şi a revărsa conţinutul stomacal in peritoneu.

Dar chiar când firele ar rezista victorioase acestei încercări grăbite de a alimenta bolnavii, adesea ori se vor produce fermentaţiuni gastrice cari pot da naştere la accidente în aparenţă septice sau toxice, în afară de ori ce infecţiune peritoneală şi cu o sutură perfectă.

Iată în rezumat procedeul recomandat de D-sa: Se aşează bolnavul într'un pat cu două pungi de ghiaţă pe abdomen. Primele 7 zile se suprimă ori ce alimentaţiune pe gură şi chiar apa. Cel mult în cazuri de sete mare, bolnavul îşi poate clăti gura cu puţină apă dar fără să o înghită. Din ziua 5-a începe alimentaţiunea prin clizme alimentare, câte una pe zi, compusă din lapte 250 grame, pepsină 5 grame, gălbenuşuri de ou No. 2. Această clismă e urmată de o clizmă evacuatrice de 150 grame apă. In tot acest interval de timp se practică zilnic injecţiuni cu ser fisiologic 1—2 litri, pentru a menţine forţele

şi a combate deshidratarea ţesuturilor. A 8-a zi începe alimentaţia pe gură, condùsă cu cea mai mare atenţiune la fiecare două ore o linguriţă de lapte dulce, îndoit cu apă de Vichy. Se măreşte apoi treptat cantitatea de lapte şi se micşorează intervalul de timp dintre 2 alimentâri până ce în ziua 14-a se ajunge la doi litri lapte, când începe a i se da pureuri şi carne. De aci încolo se dă regimul mixt.

Prin acest procedeu, Domnia sa afirmă că nu a pierdut nici un bolnav. Intru cât priveşte lipsa de lichide, bolnavul nu o resimte, de oare ce deshydratarea este înlocuită prin injecţiunile de ser artificial. In ceea ce priveşte alimentaţia, bolnavul este destul de obicinuit cu inaniţia din timpul boalei, aşa că şase zile mai mult nu'i pot aduce vre o consecinţă gravă. Aceasta este opiniunea Domnului Profesor Angelescu.

Domnul Doctor Nanu Gheorghe (şeful serviciului II Chirurgical de la Spitalul Filantropia) recomandă tot acelaş tratament ca şi al Domnului profesor Angelescu, fiind tot de aceleaşi opiniuni.

OBSERVAȚIUNI

OBSERVAȚIA I-a

Observațiuni din serviciul d-lui Profesor Toma Ionescu

Constantin Ene, de ani 45, plugar intră în serviciul Prof. Ionescu la 3 Septembrie 1907. *Diagnosticul: Ulcer al pylorului.*

13 Sept. 1907.— Operație făcută de dl. Prof. T. Ionescu. Rezectia, excluzia ulcerului cu gastro-enterostomie transmezocolică posterioară.

Tratamentul Prost-operator. — Imediat după operațiune se fac injecțiuni cu cafeină și 100 gr. ser. După *2* ore se face o spălătură stomacală cu ser fisiologic Regim absolut.

14 Sept.—Temp. 37°, plus 112. Injecții cu ser. 1.000 gr. și cu ol. camforat. N'a avut vărsături; sughiț din când în când. I se dă pacientului 500 gr. apă de Vichy.

15 Sept.—T. 37°, puls 100. Bolnavul se simte mai bine; n'are vărsături nici sughiț, ser. 600 gr. Se dă pacientului apă de Vichy 500 gr. pentru tot atâta lapte.

16 Sept.—T. 37°, plus 98. Se dă tot acelaș tratament ca în ziua precedentă.

17 Sept.—Temp. 37, puls 84. Se schimbă pansamentul înlocuindu-se drenul, ce era îmbibat cu serozitate sero-sanguinolentă, cu altul mai mic:

Se dă bolnavului să bea lapte pur și apă de Vichy pentru băut.

18 Sept.— Acelaș tratament.

19 Sept — T. 36°. P. 80. Bolnavul nu mai acuză

nici o turburare; i s'a dat ca alimentaţie supă de pui, pâine, lapte şi apă de Vichy. Pacientul a avut un scaun spontaneu.

20 Sept.— Se dă un purgativ bolnavului. Ca alimentaţie: supă de pui, lapte, ouă, pâine şi apă de Vichy.

21 Sept.— Bolnavul merge foarte bine, temperatura şi pulsul normale. Se dă aceiaş alimentaţie ca şi în ziua precedentă.

22 Sept.— Se dă un purgativ. Alimentaţie: Lapte 500 gr. supă de pui, ouă şi mâncare cu carne.

23 Sept.—Se scot firele de argint reunire per priman. Se dă pacientului de aci înainte regimul mixt porţia III-a, în fine ori şi ce alimentaţie.

6 Oct.— Se dă porţia III-a în ajun şi se sondează dimineaţa când nu se mai găseşte nimic în stomac: staza alimentară, hypersecreţiunea dispărută.

Rezultatul post-operator e: o dispariţie complectă a durerilor, vărsăturilor, hyperaciditătei, hyperclorhydrici (cloro-organică) stazei alimentare şi hypersecreţiunei. Sucul pancreatic se secretă în mod normal, bolnavul a câştigat într'o lună şi 21 zile 10 Kgr. în greutate.

OBSERVAŢIA II-a

Bărbat de 30 ani, intră în serviciu la 20 Februarie 1903, ***Diagnostic: Ulcer al stomacului operaţia la 26 Februarie.*** Procedeul operator: ***rezecţiuneu pylorului,*** urmată de închiderea duodenului şi a stomacului cu gastro-jejunostomie transmezocolică posterioară.

Tratamentul post-operator. Imediat după operaţie injecţiune cu cafeină şi 100 gr. ser. După 2 ore o spălătură stomacală cu ser. Regim absolut.

27 Febr.—Pacientul e liniştit, nu acuză nici o durere. T. 37°. Pulsul 101. Injecţii cu ser. 1.000 gr. N'are vărsături. Ise dă 500 gr. apă de Vichy.

28 Febr.— Bolnavul se simte mai bine. N'are vărsături, nici sughiţ. Injecţii cu ser. 600 gr. Apă de Vichy, pentru tot atâta lapte.

29 Febr.— T. 37. P. 97. Se dă tot acelaş tratament ca şi în ziua precedentă.

1 Martie.— T. 37. P. 84. Se schimbă pansamentul înlocuindu-se drenul, cu altul mai mic. Se dă pacientului 500 gr. lapte pur şi apă de Vichy tot atât pentru băut.

2 Martie.— Acelaş tratament ca şi în ziua precedentă.

3 Martie.— T. 36°. P. 80. Pacientul numai acusă nici o turburare; i s'a dat ca alimentaţie supă de pui, pâine, lapte şi apă de Vichy.

Scanned with OKEN Scanner

4 Martie.— Pacientul se simte foarte bine ca stare generală, i se dă un purgativ. Alimentaţie: supă de pui, lapte, ouă, pâine şi apă de Vichy.

5 Martie.— Pulsul şi temperatura normale. Aceiaş alimentaţie ca şi în ziua precedentă.

6 Martie.— I se dă un purgativ. Alimentaţie: lapte 500 gr. supă de pui, ouă şi mâncare cu carne.

7 Martie.— Se scot firele, reunire per primam. Regim mixt.

8 Martie.— Starea generală a bolnavului e bună. N'are nici o complicaţiune. Ise dă regimul obişnuit, porţia III-a.

12 Martie.— Părăseşte spitalul *în stare bună.*

OBSERVAŢIA III-a

David Calman de ani 35, intră în serviciul d-lui Profesor Toma Ionescu la 25 Martie 1907.

Diagnostic: Ulcer al stomacului.

6 Aprilie 1907: Operaţia făcută de dl. Profesor Toma Ionescu: rezecţia pyloro-gastică urmată de o gastro-enterostomie tans-mezocolică posterioară.

Tratamentul post-operator. Bolnavul n'a avut vărsături post-cloroformice; e liniştit în seara operaţiunii. Se fac 600 gr. ser şi două spălături stomacale. Regim absolut.

7 Aprilie.— E liniştit nu acuză nici o durere. T. 37°. Pulsul 94. I se dă 500 gr. apă de Vichy şi o clismă cu ser.

8 Aprilie.— T. 37° dimineaţa, seara 39°. Pulsul 104, starea generală bună; n'acusă nici o turburare, s'a scos drenul ce era îmbibat cu serozitate sero-sanguinolentă. S'a făcut 500 gr. ser. Apă de Vichy 600 gr. pentru tot atâta lapte sub forma de clizme.

9 Aprilie.— T. 39°, Pulsul 104. Acusă dureri la nivelul plăgei abdominale. Apă de Vichy 500 gr. şi lapte pur 500 gr.

10 Aprilie.— T, 37°. Se desface pansamentul şi se debridează locul unde fusese drenul din care se scurge o scrozitate sero-sanguinolentă; se introduce un dren. T. 36°, P. 80. Lapte pur, apă de Vichy 500 gr.

11 Aprilie.— Starea generală bună, T. 36°. P. 96. I se dă ca alimentaţie lapte, supă, pâine şi apă de Vichy 500 gr.

12 Aprilie.— Se dă 40 gr. ol. ricin după care are 4 scaune abundente numai acuză nici o turburare. I se dă să mănânce lapte, supă, ouă, pâine şi apă de Vichy.

13 Aprilie.— T. 36, P. 86. I se dă lapte 500 gr. supă, ouă şi carne de pui.

14 Aprilie.—Se desface pansamentul; pe traectul drenului

se scurge un lichid sero-purulent ; se crede că este o fistulă duodenală. Alimentaţia constă din lapte. supă şi carne de pui.

15 Aprilie.— Starea generală bună. Regim obişnuit, porţia III-a

16 Aprilie.— Nu acuză nisi un fenomen dureros, urmează cu alimentaţia obişnuită. Temperatura şi pulsul normale.

17 Aprilie.— Se scot firele de argint, reunire per primam ; pe traectul drenului se mai scurge acel liquid sero-purulent. Se continuă astfel până în ziua de 20 Aprilie, când pacientului i se dă un prânz de probă care se scoate după o oră, când se extrage abia 50 c. m. şi se constată la examenul chimic dispariţia hyperaciditătii, hyperclorhyrici. hypersecreţiunei asemenea şi a stazei care exista.

Bolnavul ese în ziua de *7 Mai* perfect vindecat, fără nici o turburare. Fistula duodenală s'a închis.

OBSERVAŢIA IV-a

Badea Stanciu de 32 ani, plugar, intră în serviciul d-lui Profesor Toma Ionescu la 24 August 1907 cu diagnostic : *Ulcer al stomacului.*

6 Sept.— Operat de dl. Profesor T. Ionescu : Rezecţiunea pylorului urmată de o gastro-enterostomie transmezo-colică posterioară.

7 Sept. Tratament post-operator : Se fac spălături stomacale. Regim absolut şi injectiuni cu ser. 1.000 gr. Pacientul u'a vărsat, n'are sughiţ.

8 Sept.— T. 36⁶, P. 80. Pacientul nu acusă nici o turburare. Se face ser 600 gr. Apă de Vichy 1000 gr. Regim absolut.

9 Sept. — T. 36⁶. P. 80 Starea generală bună. Apă de Vichy 500 gr. pentru tot atâta lapte.

10 Sept. — Nu acuză nici o durere. T. 36. P. 79. I se dă lapte pur 500 gr. şi tot atâta apă de Vichy pentru băut.

11 Sept — T. 36. P. 79. Ca alimentaţie i se dă : lapte, supă, pâine, apă de Vichy.

12 Sept. — T. 37. P. 88. Se dă un purgativ. Alimentaţie lapte, supă, ouă, pâine şi apă de Vichy. Nu acuză nici o durere.

13 Sept. — T. 36. P. 80. Se scot firele de argint reunire per primam. I se dă alimentaţie compusă din : lapte 500 gr. supă, ouă şi carne de pui. Greutatea lui este de 67 kgr. iar la intrare avea 64 kgr.

14 Sept. — Pacientul nu acuză nici o turburare. T. 36. P. 80. I se dă regimul obicinuit, porţia 3-a. Starea generală perfectă.

Scanned with OKEN Scanner

De aci încolo se nutreşte cu alimentaţia mixtă.

21 Sept. — In ajun i se dă porţia 3-a, sondaf dimineaţa nu se mai găseşte nimic absolut. Se dă un prânz de probă al cărui rezultat e următorul: dispariţia hyperacidităţei, hyperclorydiei, hypersecreţiunii, stazei alimentare şi turburărilor ca vărsături şi dureri. Ese din spital perfect vindecat. Cântărea la eşire 84 kgr. ceeace face 19,500 kgr. câştigate în o lună şi jumătate.

OBSERVAŢIA V

Dumitru Gheorghe în vârstă de 45 ani, plugar, intră în serviciul d-lui prof. T. Ionescu, la 27 Ianuarie 1908. *Diagnostic*: *Stenoza pylorului, probabil şi un ulcer în evoluţiune.*

31 Ianuarie 1908. — Operaţie făcută de D-l Prof. Toma Ionescu: pylorectomie cu *gastro-enterostomie transmezocolică posterioară.*

Tratamentul Post-operator. 1 Februarie. —Se face spălături stomacale. Regim absolut. T. 37, p. 100. Seara 38°. P. 120. Bolnavul a petrecut noaptea uşor; n'a avut vărsături se face 300 gr. ser.

2 Febr. — T. 37°, seara 38° P. 100, acuză dureri la nivelul plăgei abdominale; i se dă apă de Vichy 500 gr. cu linguriţa.

3 Febr.— T. 37°, P. 104. Se desface pansamentul şi se suprimă drenul. I se dă apă de Vichy 500 gr. pentru tot atâta lapte. Nu acuză nici o durere

4 Febr. — T. 37°, p. 100. I se dă ca alimentaţie lapte pur şi apă de Vichy pentru băut. N'are vărsături nici sughiţ.

5 Febr.— T. 37. p. 100. I se dă lapte, supă, pâine şi apă de Vichy.

6 Febr.— T. 37, p. 90. Acuză uşoare dureri la nivelul plăgei abdominale. Se dă lapte, supă, ouă, pâine şi apă de Vichy. Starea generală bună.

7 Febr.— T. 37 p. 96. *Apar edeme ale gambelor* regim lactat.

8 Febr.— T. 37°, p. 90. Se desface pansamentul. Traectul drenului închis se denudează şi se găseşte profund o pungă ce conţinea un liquid seros murdar amestecat cu bila; fistulă duodenală; pansamente zilnice; alimentaţie, numai lapte.

9 Febr. — T. 37. p. 92. Starea generală bună. Regim lactat. Nu acuză nici o durere, n'are nici o complicaţie.

10 Febr.— T. 36. p. 86. Regim lactat,

11 Febr.— Se scot firele reunire per primam; pansamente zilnice la fistula duodenală; bolnavul numai acuză nici o

turburare. *Edemele au dispărut.* Se nutreşte de ázi în colo cu regim mixt.

15 Febr.— Fistula a diminuat mult, zilnic pansamente şi injecţiuni cu ser. Aceste pansamente se urmează până la 15 Martie când fistula s'a închis.

26 Martie.— I se dă în ajun porţia III-a şi dimineaţa se sondează negăsindu-se nici urmă de aliment sau liquid.

In urma tratamentului ast-fe. dat toate turburările au dispărut bolnavul are poftă de mâncare şi în 2 luni a câştigat 6 kgr. cu toată fistula ce a existat. Examenul stomacului ne arată : dispariţia complectă a stazei alimentare, hypersecreţiunei, hyperaciditătei şi hyperclorhydriei şi stomacul se goleşte complect după o oră. Pacientul ese din spital perfect vindecat.

OBSERVAŢIA VI-a

Marin C. Savu de 40 ani, muncitor, intră în serviciul d-lui Profesor Toma Ionescu, la 2 Iunie 1906.

Diagnosticul: Ulcer al stomacului:

Operaţia la 8 Iunie 1906 de d'. Profesor T. Ionescu «Excluzia pylorului, urmată de gastro-enterostomie procedeul von Hacker.

Tratamentul post operator. In seara oper ţi T. 37⁴, P. 98, acuză dureri, are greaţă. I se face ser sub cutanat 1.000 gr.

9 Iunie.— Uşoare sughiţuri. Ser artificial 1.000 gr. seara T. 37⁸, P. 90. Clizme alimentare.

10 Iunie.— Starea generală bună n'are sughituri, n'are vărsături. I se face clizme alimentare. Ser artificial 1.000 gr. I se dă să bea apă de Vichy 500 gr.

11 Iunie.— T. 39, P. 120. Pacientul tuşeşte, are raluri de congestie la ambele baze, T. seara 39⁵, P. 120. I se pun ventuze pe piept şi spate. La interior digitala. Clizmă purgativă. In timpul zilei bea lapte câte puţin şi apă de Vichy.

12 Iunie.— Seara T. 38⁵ P. 100. I se pune din nou ventuze, continuă digitala. Ca alimentaţie i se dă lapte, supă, pâine şi apă de Vichy.

13 Iunie.— T. seara 38, P. 100. Se simte mai bine. Se suprimă digitala. Bea lapte, apă de Vichy iar ca alimentaţie supă, ouă şi pâine. Tuseşte mai puţin, expectorează.

14 Iunie.— T. 38 P. 90. Starea generală e mai bună. Se dă ca alimentaţie lapte, 500 gr. supă ouă, pâine şi carne de pui. N'are dureri, n'are vărsături.

15 Iunie.— Temperatura normală se simte foarte bine. Alimentaţie obişnuită. Nu mai acuză nici o turburare.

Scanned with OKEN Scanner

18 Iunie.— Se scot firele de sutură, reunire per primam. Pacientul se ține până la 5 Iulie în serviciu pentru e se mai face examenul sucului gastic. La 6 Iulie se concediază *perfect vindecat* și cântărește 55.500 Kgr., de unde la intrare avea 54 Kgr.

OBSERVAȚIA VII-a

Nicolae Teodorescu de 41 ani, intră în serviciul d-lui Profesor Toma Ionescu la 2 Iulie 1906.

Diagnosticul: „Stenoza pylorului consecutivă unui ulcer.

Operația la 16 Iulie.— „Excluzia pylorului urmată de o gastro-enterostomie transmezocolică posterioară după procedeul von Hacker."

Tratamentul post-operator. In timpul nopței ce urmă intervențiunei, bolnavul are sughițuri și vărsături. Se face la fiecare 2 ore o spălătură stomacală și injecție subcutanată cu ser artificial 1 000 grame.

17 Iulie.—T. 38^{8}. P. 106. Este puțin agitat, are sughițuri, puține vărsături de un lichid roșu negricios. I se face injecție subcutanată cu ser 1.000 gr. și se repetă spălăturile stomacale. Seara: T. 38^{1}, P. 104. Are greață și vărsături de culoarea drojdiei de cafea. I se face o spălătură de stomac, luându se preucațiuni de a nu se introduce tubul în întregime și a nu se turna lichid mult spre a evita dilatarea. Se scurge o mare cantitate de lichid de culoarea cafelei. După spălătură se simte mult mai bine. I se fac clizme alimentare.

18 Iulie. Mai liniștit, numai are vărsături, din când în când sughițuri. I se face 1500 gr. ser subcutanat. Clizmă alimentară. *Seara.* T. 37 P. 90 Ser artificial sub-cutanat 1500 grame. I se dă să bea puțin lapte cu apă Vichy.

19 Iulie. Starea generală bună, vărsături rare de culoarea drojdiei de cafea, sughițuri dese sub formă de accese separate prin perioade de calm. Ser 1000 grame în injecție sub-cutanată. *Seara.* T. 37, P. 80. In timpul zilei bea câte puțin lapte și apă de Vichy.

20 Iulie. Starea generală bună; are o singură vărsătură sughițurile au dispărut. I se face o spălătură de stomac și injecție cu ser 1000 grame. seara T. 37 P. 84. I se dă lapte pur 500 grame și apă de Vichy.

21 Iulie. Nu mai varsă. Foarte rare sughițuri. I se face injecție cu ser 1000 grame. I se dă purgativ oleu de ricin în capsule. Seara T. 37 P. 90. I se dă ca alimentație lapte, supă de pui și apă de Vichy.

22 Iulie. Starea generală foarte bună. Nici sughițuri nic

vărsături, seara T. 37 P. 80. Se alimentează cu lapte, supă ouă. pâine şi apă de Vichy.

23 Iulie. Starea generală bună se menţine. I se dă lapte 500 grame, supă, ouă, pâine şi apă de Vichy.

24 Iulie. Starea generală bună, aceaşi alimentaţie.

25 Iulie. Temperatura şi pulsul normale; nu acuză nici o durere; nu are vărsături nici sughiţ; I se dă ca alimentaţie lapte, supă, ouă şi carne de pui.

26 Iulie. Starea generală se menţine; i se dă regim obicinuit mixt.

27 Iulie. Tot ca şi în ziua precedentă.

28 Iulie. Se scot firele din sutură. Reunire per primam. I se dă mâncare obicinuită.

In seara de 1 August i se administrează porţia 3-a pe care a digerat-o având oare cari dureri în timpul noapţei. In dimineaţa de 2 August făcându-se cateterismul stomacului, se extrage vre-o 50 grame de lichid verzui. După ce i se face o spălătură de stomac i se dă o masă de probă care e bine digerată, se extrage după o oră o cantitate de 50 grame lichid, care se separă în două straturi.

Se face examenul sucului gastric se constată dispariţia hyperacidităţii, hyperclorhydriei şi a hypersecreţiuni.

La 4 Aug. se concediază *complect vindecat.*

OBSERVAŢIA VIII

Marin Dogărescu de 43 ani, plugar, intră în serviciul D-lui Prof, *T. Ionescu* la 24 Iulie 1906.

Diagnostie: Ulcer al stomacului.

Operaţia la 29 Inlie. Se practică *Excluzia pylorului* urmată de o gastro-enterostomie transmezocoiică posterioară (Von Hacker).

Tratamentul post operator. Seara sughiţuri, vărsătuii roşiatice. I se face ser 1500 gr. în două rânduri. T. 37 P. 97· In timpul zilei i se face spălături stomacale. Regim absolut.

30 Iulie. T. 37. P. 80. Din când în când sughiţuri. Sər 1.000 gr. Clizme alimentare şi i se dă să bea apă de Vichy.

31 Iulie Nu mai are sughiţuri. Ser 500 gr. clizme alimentare. Seara bea puţin lapte şi apă de Vichy. Temperatura şi pulsul normale.

1 Aug. Starea generală foarte bună. I se dă să bea lapte pur şi apă de Vichy.

2 Aug. Starea generală se menţine. I se dă lapte, supă de pui şi apă de Vichi.

Scanned with OKEN Scanner

3 Aug. Nu simte nici o durere. I se dă lapte, supă, ouă, pâine şi apă de Vichy.

4 Aug. Tot aceiaş stare ca în ziua precedentă.

5 Aug. Temperatura şi pulsul normale. I se dă ca alimentaţie lapte 500 gr. supă, ouă şi carne de pui.

6 Aug. Starea generală bună. I se dă tot aceiaş alimentaţie.

7. Aug. I se dă mâncare ordinară pe care o tolerează.

8. Aug. Se alimentează cu regim mixt, pacientul merge foarte bine. N'are dureri, nici vărsături, t. şi pulsul normale.

10 Aug. Se scoate firele de argint. *Reunire per primam.* In seara de 12 Aug. i se dă porţia III-a care e binə suportată. A doua zi dimineaţa, prin introducerea sondei se scoate o cantitate de 100 gr. de lichid verzui cu miros acru. Se dă o masă de probă: după o oră se scoate cu uşurinţă o cantitate de 300 gr. în mare parte lichidă, care lasă la fund puţine resturi bine digerate de pâine. Acid clorhidric liber 51: Aciditatea totală 66. Cântăreşte 54 kg. La 13 Aug. se concediază *perfect vindecat.*

OBSERVAŢIA IX

Alecu Lilia, de 46 ani, plugar, este primit în serviciul prof. Ionescu în ziua de 25 Noembrie 1906. *Diagnostic: Ulcer al pylorului.*

15 Decem. 1906.—Operaţia făcută de d-l Prof. T. Ionescu. Se procede la *excluzia pylorului, după procedeul Prof. Ionescu. Tratamentul post-operator.* După operaţie bolnavul e liniştit, n'are greaţă nici vărsături, nu sughiţă, seara temp. 36⁵ puls 67; se face injecţie cu 1.000 gr. ser artificial.

16 Decem. — Peste noapte a fost liniştit, n'a vărsat. Are rari sughiţuri şi greaţă. T. 37 P. 78. Se tac clizme alimentare de 4 ori pe zi, cu lapte şi cogniac. Ser artificial 500 grame.

17 Decem.—Puls şi temperatura normale. Se urmează cu clizmele alimentare; i se dă să bea puţină apă de Vichy, ser artificial 500 gr. Starea generală foarte bună.

18 Decem. — Acetaş stare. Acelaş tratament.

19 Decem. — Se dă bolnavului lapte în doze fracţionate. Seara i s'a dat un purgasiv.

20—22 Decem. — Se suprimă clizmele alimentare complect. Bolnavul se nutreşte foarte bine, nu mai acuză nici o durere, n'are vărsături.

23 Decem — Se dă ca alimentaţie: lapte, supă, ouă, pâine şi apă de Vichy. Starea generaiă bună se menţine.

Scanned with OKEN Scanner

24 Decem. — Se alimentează cu lapte 500 gr. supă, ouă şi carne de pui.

25 Decem. — Se dă pacientului mâncare obicinuită, porţia III-a, merge foarte bine.

27 Decem. — Se scot firele de argint, reunirea prin prima intenţie.

1 Ianuarie 1907. — I se dă seara porţia III-a. Bolnavul o suportă foarte bine. dimineaţa se sondează şi nu se scoate nici prin simpla sondare, nici prin spălaturi, *absolut* nici un rest alimentar.

Se dă bolnavului prânzul de probă pentru a se examina sucul gastric. Se constată dispariţia hyperaciditâţei, a hypersecreţiunii şi a hyperclo hydriei.

La 4 Ianuarie 1907 bolnavul *părăseşte serviciul complect vindecat*, toate turburările gastrice dispărute.

OBSERVAŢIA X-a

Bolnavul Dumitru Mogoşeanu de ani 45, plugar, intră în serviciul Prof. Ionescu în ziua de 9 Decembrie 1906, *Diagnosticul : Stenoză a pylorului.*

23 Decembr. — Operaţie făcută de D-l Prof. T. Ionescu. Se procede la *excluzia pylorului* urmată de o gastro-enterostomie transmezocolică posterioară.

Tratamentul post-operator. După operaţie bolnavul are greaţă, vărsături lichide şi de culoarea drojdiei de cafea, sughiţă destul de des puls şi temp. normale.

24 Decembr. — Vărsăturile persistă. Se face o spălătură stomacală ca apă de Vichy în mică cantitate, i se dă ghiaţă. In urma acestei spălături, bolnavul se simte mai bine. Clizme alimentare, injecţiu e cu ser artificial (1000 gr.).

25 Decembr. — Starea generală mai bună puls şi temperatura mormale. Sughiţurile şi vărsăturile dispărute. Se continuă cu clizmele alimentare şi injecţie cu ser.

26 Decembr. — Se începe a i se da pe cale bucală, lapte în doze fracţionate, pe care îl suportă foarte bine. Seara i se dă un purgativ.

27 Decembr. — Starea generală bună. I se dă lapte, supă de puĭ şi apă de Vichy.

28 Decembr. — I se dă ca alimentaţie : lapte, supă, ouă, pâine şi apă de Vichy.

29 Decembr. — Se suprimă cu totul clizmele alimentare, i se dă lapte, supă, pâine şi o friptură pe cari le suportă bine.

30 Decembre. — Se alimentează cu regimul mixt şi bolnavul merge foarte bine.

Scanned with OKEN Scanner

31 ecembr. — Aceiaş stare, acelaş tratament.

1 Ianuar. 1908. — Se scot firele de argint. Reunire perfectă.

8 Ianuarie 1907. — Se dă porţia III-a, bolnavul o suportă şi nu varsă. Sondat dimineaţa nu scoatem nimic. Se dă prânzul de probă şi examinându-se sucul gastric se constată dispariţia complectă a hyperaciditătei, a hypersecreţiuni şi a hyperclorhydriei.

La 30 Ianuar e. — Este operat şi de hernie după procedeul profesorului T. Ionescu şi la 10 Februarie, părăseşte serviciul complect vindecat ne mai prezentând nici o turburare din acelea cu care a venit. La eşire cântăreşte 62 kilogr. câştigând 5 kilogr. şi 100 grame.

OBSERVAŢIA XI.

Constantin Olaru, de ani 37, muncitor, intră în serviciul Prof. T. Ionescu la 21 Maiu 1907. *Diagnosticul.* Ulcer al *pylorului.*

31 Maiu 1907. — Operaţia făcută de D-l Prof. T. Ionescu. Excluzia pylorului urmată de o gastro-enterostomie transmezocolică posteriăara (Von Hacker).

Tratamentul post operator.

1 Iunie. — Bolnavul puţin agitat. Temp. 38° puls 124. N'are sughiţuri nici vărsături. Puţin dispneic, tuşeşte expectorând o spută mucoasă. Se face o spălătură stomacală. Regim absolut.

2 Iunie. — Bolnavul agitat, foarte dispneic, 52 respiraţia. T. 38°, P. 130. Murmurul vesicular suflant, are câte-va raluri ronflante şi sibilante diseminate. Expectorează o spută muco-purulenta aerată. Ser 500 gr. sub-cutanat. I se dă ca alimente 500 gr. lapte şi tot atâta apă de Vichy.

3. Iunie. — Bolnavul liniştit. Temp. 37° pul 80. Ralurile sibilante ronflante persistente. Se alimentează cu lapte şi apă de Vichy pentru băut.

4 Iunie. — Starea generală bună. T. 37 Ralurile dispă rute. Lapte, supă şi apă de Vichy pentru băut.

5 Iunie. — Aceiaş stare. Se dă lapte, supă, ouă, pâine, apă de Vichy.

6—7—8 Iunie. — Bolnavul se simte bine, mănâncă cu poftă; scaunele sunt regulate. Ca alimentaţie i se dă lapte 500 gr. supă, ouă şi carne de pui.

9 Iunie.— Aceiaşi stare. Ca alimentaţie regim obişnuit, porţia 3-a.

10 Iunie.— Aceiaşi stare generală bună, t. şi p. normale se alimentează cu regim mixt.

Scanned with OKEN Scanner

11 Iunie.— Se scot firele de argint. Bolnavul nu acuză nici o turburare. Alimentaţie obicinuită.

14 Iunie.— Se dă porţia 3-a în ajun şi se sondează când nu se găseşte nimic în stomac, deci staza alimentară dispărută. In urmă se dă un prânz de probă, ce se extrage după o oră 40 gr. suc gastric amestecat cu pâine digerată. Examenul chimic ne dă: dispariţia hyperaciditaţii, hyperclorhidriei, hypersecreţiunii. Toate turburările ca dureri şi vărsături au dispărut complet. La 24 Iunie ese *complect vindecat.*

OBSERVAŢIA XII.

Vâlcu Vlanghi de ani 31, de profesiune plugar, intră în serviciul Prof. Ionescu în ziua de 12 Februarie 1907. *Diagnosticul Ulcer al stomacului, operaţia* făcută de D-l Profesor T. Ionescu *în ziua de 23 Februarie 1907. Excluzia pylorului* urmată de gastro-enterostomie trans-mezocolică posterioară.

Tratamentul post-operator. După operaţie bolnavul e liniştit, nu sughiţă, nu varsă. Seara i se face o injecţie cu morfină. Temp. 36⁸ p. 80. Peste noapte a dormit; în spre ziuă a fost puţin agitat, a avut din când în când sughiţuri nu a avut vârsături.

24 Febr.— Starea generală bună. Sughiţurile s'au rărit, nu varsă. Temp. 38² p. 80. Se fac clizme alimentare.

25 Febr.— Sughiţurile dispărute, are vărsături, i se face o spălătură de stomac, în urma căreia se simte mult uşurat. Temp. dimineaţa şi seara 37⁸. Clizme alimentare. Injecţie cu ser artificial 1.000 gr.

26 Febr.— Starea generală excelentă. p. şi t. normale. Clizme alimentare cu lapte şi ouă. I se dă cantităţi mici de lapte prin gură

27 Febr.— Aceiaş stare şi aceiaş alimentaţie ca şi în ziua precedentă.

28 Febr.— Starea bună se menţine. Se alimentează cu lapte, supă, pâine şi apă de Vichy.

29 Febr.— Nu acuză nici o durere, nici vărsături. I se dă ca alimentaţie lapte, supă, ouă, pâine şi apă de Vichy.

1 Martie.— Lapte, supă, ouă şi friptură de pui.

2 Martie,— Ori şi ce regim mixt. Pacientul merge foarte bine.

5 Martie.— Se scot firele de argint; reunire prin prima intenţie

16 Martie.— Bolnavul părăseşte spitalul *compelect vindecat.* La eşirea din serviciu a câştigat 5 kgr. 500 grame în greutate.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIA XIII-a

Bolnavul Andrei Pârvu de 30, muncitor, intră în serviciul Prof. Ionescu la 8 Iunie 1907.

Diagnosticul: Ulcer al pylorului și *strâmtare consecutivă.*

18 Iunie 1907. Operațiunea făcută de dl. Prof. Ionescu prin procedeul de excluzia pylorului urmată de gastro-enterostomie, trans-mezocolică posterioară.

Tratament post-operator. După operație bolnavul e liniștit, n'a avut vărsături, nici greață T. 37°, P. 96°. Regim absolut.

19 Iunie — Bolnavul nu acuză nici o turburare, i se dă să bea apă de Vichy cu linguriță. Temperatura și pulsul normale.

20 Iunie.—Aceiaș stare generală, acelaș tratament.

21 Iunie.— T. 36, P. 90. Pacientul se simte foarte bine Se dă să bea apă de Vichy 500 gr. pentru tot atâta lapte.

22 Iunie.— Bolnavul n'are dureri, în schimb are poftă de mâncare, i se dă ca alimentație lapte pur, apă de Vichy pentru băut.

23 Iunie.— In seara precedentă bolnavul a avut 40°. E constipat, se dă purgativ. T. seara 37°. Aceaș alimentație ca în ziua precedentă.

24 Iunie.— T. 37°. Nu mai are nici o turburare. Alimentație supă de pui, lapte și ouă.

25 Iunie.— Starea generală bună. Aceiaș alimentație.

26 Iunie 27—28.— Starea generală excelentă, mânâncă cu poftă, i s'a dat ca alimentație carne de pui, pâine și ouă.

29 Iunie.— Se scot firele de sutură. Reunire perfectă. Se începe alimentația obișnuită. Bolnavul ese la 31 Iunie *perfect vindecat*, nemai acuzând nici o turburare.

OBSERVAȚIA XIV-a

Bolnavul Iacob Anghel de ani 40, plugar, întră în serviciul D-lui Prof. Ionescu în ziua de 28 Ianuarie 1908. Diagnosticul: *Stenoză a pylorului*

1 Februarie 1908. Operația făcută de D-nul Prof. Ionescu, prin procedeul: *Exluzia pylorului cu gastro enterostomie transmezocolică* posterioară. *Tratamentul post-operator. 2 Februarie*, Bolnavul e liniștit, nu acuză nici o turburare; n'a vărsat, n'are sughiț, i se face 200 grame ser.

3 Februarie; T. 36 P. 79. Aceeași stare generală bună; i se permite să bea apă de Vichy cu linguriță,

4 Februarie; Starea generală bună; i se dă lapte și apă de Vichy pentru băut.

Scanned with OKEN Scanner

5 Februarie; T. 36 P. 70. Bolnavul nu acuză nici o turburare; i se dă lapte, supă de pui şi apă de Vichy.

6 Februarie. Aceiaş stare generală; alimentaţia: lapte, supă, ouă, pâine.

7 Februarie. T. 37 P. 76. S'a dat un purgativ; i se dă carne de pui, supă, ouă, lapte şi apa de Vichy.

8—9 Februarie. Aceiaş stare şi acelaş tratament.

10 Februarie. Se scot firele de argint; reunire per primam. I se dă alimentaţie obişnuită; nu mai acuză nisi o turburare. Rezultatul post-operator este : dispariţia durerilor, vărsăturilor, hyperacidităţii, hiperclorhydriei, hypersecreţiunei şi stazei alimentare. Bolnavul are poftă de mâncare, a câştigat 7 chilogr. într'o lună. Ese *perfect vindecat la 3 Martie.*

OBSERVAŢIA XV-a

Mihail Cărăboiu, 44 ani, plugar, este primit în serviciul D-lui Prof. Ionescu în ziua de 31 Ianuarie 1908. *Diagnostic Ulcer al duodenului.*

8 Febr. 1908— Operaţia făcută de D l prof. T. Ionescu. *Excluzia pylorului* cu gastro-enterostomie transmezocolică posterioară.

Tratamentul post-operator. După operaţie, bolnavul e puţin neliniştit, sughiţă.

9 Febr.— Se face spălătura stomacului. Sughiţurile dispar. T. 38⁴. P. 104.

10 Febr.— T. 37². P. 90 Starea generală din ce în ce mai satisfăcătoare. Seara T. 37⁶. Se administrează o clizmă. Dieta absolută.

11 Febr.— Starea generală bună. I se dă apă de Vichy şi lapte.

12 Febr.— Aceiaş stare şi acelaş tratament.

13 Februarie. I se face din nou o clizmă şi se dă lapte, supă şi pâine.

14 Febr. — Starea generală bună se menţine. Nu acuză nici o turburare. I se dă lapte, supă, ouă, pâine şi apă de Vichy.

15—16 Februar. — Aceiaş stare, acelaş tratament.

17 Febr. — Se scot firele. Reunire per primam.

18 Febr. — Se dă un purgativ. De aci încolo i se dă ca alimentaţie regimul ordinar (pâine, supă, mâncare). Pacientul merge foarte bine, nu mai acuză nici o turburare, are poftă de mâncare. Se mai ţine în serviciu pentru a i se face examenul sucului gastric şi pentru a se vedea dacă stomacul se videază complect. In ziua de 3 Martie 1908 ese din serviciu

Scanned with OKEN Scanner

cu dispariţia complectă a durerilor, a hyperaciditătii şi a hyperclorhydriei deci *complect vindecat.*

OBSERVAŢIA XVI a

Vasile Enache de 28 ani, agricultor, intră în serviciul D-lui Prof. Ionescu la 10 Februarie 1908. *Diagnostic : Strămtare cicatricială a pylorului. 16 Febr. 1908.* Operaţia făcută de D l Prof. Ionescu: Excluzia pylorului cu o gastro-enterostomie transmezocolică posterioară.

Tratamentul post-operator. După operaţie bolnavul e liniştit, n'are vărsături, nu sughiţă, nu acuză nici o durere. P. şi T. normale.

17 Febr. — P. şi T. normale. Starea generală foarte bună. I se face clizme alimentare şi injecţie cu ser artificial.

18 Febr. — Starea generală bună se menţine i se dă apă de Vichy.

19 Febr. — I se dă apă de Vichy pentru tot atâta lapte. N'are nici o turburare.

20 Febr. — T. şi P. normale. Se dă lapte, supă, pâine şi apă de Vichy.

21 Febr. — Starea generală bună. Se dă bulion, lapte, ouă.

22 Febr. — *Apar edeme ale gambelor.*

23—24 Febr. — Se dă alimentaţie lactată şi a 3-a zi dispare edemul.

25 Febr. — S'au scos firele de argint, reunire prin prima intenţie.

In ziua de 27 Februarie se sondează bolnavul dimineaţa după ce i s'a dat în ajun porţia 3-a şi nu se găseşte nimic în stomac, deci se constată dispariţia complectă a stazei alimentare. La 1 Martie se examinează sucul gastric se constată dispariţia hyperclorhydriei şi a hypersecreţiunii. Bolnavul ese *perfect vindecat din spital.*

OBSERVAŢIA XVII-a

Ion Cheţan, de ani 42, muncitor, intră în serviciul D-lui Prof. Ionescu în ziua de 26 Februarie 1908. *Diagnosticul : Ulcer al pylorului şi strâmtare pylorică. 8 Martie operatia făcută* de d-l Prof. T. Ionescu: *Excluzia pylorului cu gastro-enterostomie transmezo-colică posterioară.*

Tratamentul post-operator. După operaţie bolnavul e liniştit, n'are vărsături, nu sughiţă, noaptea a dormit puţin. Se face ser artificial 500 grame. Regim absolut.

9 Martie. — Starea generală bună. Nu presintă nici o turburare gastrică. Se fac alizme alimentare, ser sub-cutanat. Seara T. 37 P. 100.

10 Martie. — Dimineaţa T. 38⁷, P. 110, tuşeşte are dispnee intensă. Nici o turburare gastrică. I se dă să bea puţină apa de Vichy.

11 Martie. — T. 36. P. 100. I se dă un purgativ. Ca alimentaţie lapte şi apă de Vichy pentru băut.

12 –13 Martie. — Starea generală bună. Congestia pulmonară diminuată. I se dă lapte, supă, pâine şi apa de Vichy.

14 Martie. — Starea generală perfectă. I se dă lapte, supă, ouă, pâine.

15—17 Martie. — Starea generală foarte bună. Bolnavul se nutreşte cu bulion, ouă, lapte şi 50 gr. friptură pe cari le suportă foarte bine.

18 Martie. — Se scot firele de argint, reunire per primam. Pacientul se nutreşte de aci încolo cu regim mixt, numai acuză nici o turburare, are poftă de mâncare şi ***ese din spital perfect vindecat*** la 30 Martie.

OBSERVAŢIA XVIII-a

Marin Radu, de ani 32, muncitor, intră în servieiul D-lui Prof. T. Ionescu în ziua de 4 Martie 1908. ***Diagnosticul : Strictura pylorului. 15 Martie 1908,*** Operaţia făcută de d-l Prof. T. Ionescu: se practică Excluzia pylorului după procedeul D-sale, urmată de o gastro-enterostomie trans-mezocolică posterioară.

Tratamentul post-operator. Bolnavul a fost liniştit, n'a vărsat.

Noaptea a dormit puţin, *16 Martie.* Bolnavul e liniştit, nu sughiţă, nu varsă. I se face injecţîe cu ser 800 gr. T. 38, P. 100. Clizme alimentare.

17 ***Martie.*** — Starea generală bună. Injecţie cu ser artificial. Clizme alimentare.

18 ***Martie.*** Se dă bolnavului puţin lapte şi apă ae Vichy. Seara i se dă un purgativ.

19 ***Martie.*** Starea generală bună. Temperatura şi pulsul normale. I se dă să bea lapte şi apă de Vichy.

20 Martie. I se dă să mănânce lapte mai mult, totuşi se continuă cu elizmele alimentare.

21 — *22 Martie.* Nu acuză nici o turburare gastrică. Se suprimă elizmele; bolnavul se nutreşte cu bulion. lapte, ouă, şi pâine.

23 Martie. Aceiaş stare, acelaş tratament.

Scanned with OKEN Scanner

24 Martie. Starea generală perfectă, se nutreşte de azi în colo cu regim mixt.

25 *Martie.* Se scot firele de argint, reunire per-primam intenţie. Starea generală a pacientului excelentă are poftă de mâncare. Bolnavul părăseşte serviciul la 3 Aprilie perfect vindecat.

OBSERVAŢIA XIX.

Bolnavul Ştefan Ion Visianu, de ani 42, agricultor, este primit în serviciul Prof. Ionescu la 11 Martie 1907. *Diagnosticul. Ulcer al duodenului. La 24 Martie operat de D-l Prof, Ionescu.* Să procede la *Excluzia pylorului* (procedeul Prof. T. Ionescu).

Tratamentul post-operator. După operaţie bolnavul e liniştit, nu sughiţă, n'are vărsături; peste noapte a dormit.

25 *Martie.* T. 36°, p. 120; are greaţă şi uşoare vărsături. Se fac spălaturi de stomac cu apă de Vichy în mică cantitate, în urma cărora s'a liniştit. Se fac injecţii cu ser artificial 500 grame.

26 *Martie.* Temp. şi P. normale. I se face o injecţie de ser 600 gr. şi i se dă clizme alimentare.

27 *Martie.* Starea generală bună. Nu acuză nici o turburare gastrică. I se dă să bea apă de Vichy cu linguriţa. Se face ser 500 gr.

28 *Martie.* T. şi P. normale. Pacientul se simte bine. I se dă să bea lapte cu linguriţa şi apă de Vichy.

29 *Martie.* Pacientul nu acuză nici o durere. Seara i se dă un purgativ. Alimentaţia constă din lapte pur şi apa de Vichx.

30 Martie Starea generală a pacientului este excelentă; se alimentează cu lapte, supă, pâine şi apă de Vichy.

31 Martie, Aceiaş stare, i se dă lapte, supă, ouă, pâine şi apă de Vichy.

1 Aprilie. Se alimentează cu lapte 500 grame, supă, ouă şi friptură de pui. Nu acuză nici o turburare gastrică. T. şi P. normale.

2 Aprilie. De aci încolo se nutreşte cu regim mixt.

4 Aprilie. Se scot firele de argint, reunire per primam. Nu mai acuză nici o turburare gastrică; starea generală excelentă; pacientul are poftă de mâncare. Ese din *serviciu perfect vindecat* la 28 Aprilie.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVATIA XX-a

Radu Nicolae, 45 ani, muncitor. este primit în serviciul D-lui Prof. T. Ionescu la 20 Aprilie 1908. *Diagnosticul, Hyperaciditate. La 7 Maiu* operat de D-l Prof. T. Ionescu prin procedeul de Excluzia pylorului urmată de o gastro-enterostomie transmezocolică posterioară. *Tratamentul post-operator*. După operaţie bolnavul e liniştit, nu sughiţă, are puţină greaţă, i se face cu precauţiune o spălătură de stomac.

8 Maiu. Se face o nouă spălătură de stomac şi se scoate o cantitate mare de sânge macerat. Regim absolut T. 38.

9 Maiu. Se repetă acelaş lucru.

10 Maiu T. 37 P. 90. Pacientul acuză dureri la nivelul plăgei abdominale, are greaţă; regim absolut şi se face o spălătură stomacală.

11 Maiu. Are o hematemeză, sângele este macerat negru şi către finit roşiu. Se aplică punga cu ghiaţă pe abdomen, repaus absolut, dietă absolută. Ser subcutanat 1000 grame. Seara se fac spălături cu perclorur de fer 5‰.

12 Maiu. T. 37 P 94. Dieta absolută. Spălături cu perclorur de fer 5‰. Nu acuză nici o durere, se simte mai bine.

13 Maiu. T. 37 P. 100. Bolnavul e mai bine, starea generală satisfăcătoare. Se spală stomacul cu apă de Vichy Dieta absolută este schimbată în dietă hydrică cu apă de Vichy şi clizme alimentare ca şi până acuma.

14 Maiu.—Starea generală bună; n'are nici greaţă, nici vărsături; i se dă ca alimentaţie, lapte, supă de pui şi apă de Vichy.

15 Mai.— Starea generală excelentă. Nu acuză nici o turburare. Se alimentează cu lapte, supă, ouă, pâine şi apă de Vichy. T. 36.

16 Mai.— Aceiaşi stare. Se alimentează cu regimul mixt.

16—25 Mai.— Pacientul nu are nici o turburare. Are poftă de mâncare. T. şi P. normale. Se alimentează în timpul ăsta cu regim mixt.

26 Mai.— Apare edem al membrelor inferioare. T. şi P. sunt normale, ca stare generală se simte bine. I se administrează bolnavului numai regim lactat.

27 Mai.— Edemul tinde a dispare. Regim lactat.

28 Mai.— Regim lactat. Starea generală bună. *29 Mai. Edemul dispare complect sub influenţa regimului lactat.*

30 Mai. Se revine iar la regimul obicinuit mixt. *La 8 Iunie pacientul ese perfect vindecat.*

OBSERVAŢIA XXI.

Iconaru Dumitru de ani 35, este primit în serviciul D-lui prof. T. Ionescu, la 20 Mai 1908. *Diagnosticul: Pyloro-spasm. 31 Mai 1908 operat* de D-l prof. Ionescu : *Excluzia pylorului*, (procedeul D-sale). In timpul nopţei pacientul are cefalalgie şi dureri la nivelul plăgii. T. 38. P. 100. N'are greaţă, nici eructaţii, .nu varsă de loc. *1 Iunie.* Are cefalalgie. Nu are greaţă, nici sughiţ. T. 37 şi P. 92. Se face o spălătură stomacală şi se extrage o mare cantitate de lichid negricios. Dietă absolută, 2—3 linguri apă de Vichy. I se dă 1 gr. piramidon şi cefalalgia dispare.

2 Iunie.— Starea generală bună. Nu acuză nici o turburare gastrică. I se dă lapte 500 gr. şi apă de Vichy. *3 Iunie.* T. 36. P. 80. Starea generală excelentă. Lapte şi apă de Vichy. *4—5—6—7 Iunie.* T. 36. P. 78. Aceiaş stare perfectă. *8 Iunie.* I se dă supă de pui şi lapte. *9 Iunie.* Se scot firele reunite per primam. I se dă lapte, supă de pui şi friptură de pui. T. şi P. normale, ***stare generală excelentă, nu acuză nici o turburare. Este încă în serviciu.***

OBSERVAŢIA XXII.

Petrache Bumbea, 42 ani, intrat în serviciul D-lui profesor T. Ionescu la 23 Maiu 1908 cu *diagnosticul : Ulcer cicatrizat al stomacului. Operat la 4 Iunie* de D l prof. T. Ionescu *prin procedeul d-sale de Excluziă a pylorului.* In seara operaţiunii T. 37. P. 98, pacientul are dureri la nivelul plăgii abdominale. I se face o injecţie cu ser 1.000 gr. şi o spălătură de stomac. *5 Iunie.* T. 37. P. 100. Nu are greaţă, nici vărsături. Injecţie cu ser 600 gr. Are sete mare. Regim absolut. *6 Iunie.* T. 37. P. 101. Nu acuză nici o turburare gastrică. I se permite să bea apă de Vichy cu linguriţa. Injecţie cu ser 500 gr. *7 Iunie.* T. 36. P. 90. I se dă să bea apă de Vichy. *Starea generală e bună.* Nu varsă, nu sughiţă, nu are dureri. *Este încă în serviciu.*

CONCLUZIUNI

1. Pentru a evita fenomenele de stază sau intoxicare și pentru a debarasa stomacul de sângele acumulat în timpul operațiunii, se va face în ziua operațiunii o spălătură stomăcală care se va repeta ori de câte ori aceste fenomene apar.

2. Bazați pe faptul, că suturile bine făcute nu cedează, putem da operatului orice regim.

3. De oarece un stomac operat nu se găsește în condițiuni funcționale normale, vom recomanda o alimentație în raport cu capacitatea funcțională a stomacului.

4. Alimentația va fi cu atât mai bogată și mai substanțială cu cât afecțiunea pentru care am intervenit influențase mai mult asupra stărei generale a bolnavului.

5. Este o eroare absolută a nu alimenta suficient pe un bolnav emaciat și a-l slăbi cu modul acesta mai mult sub motiv, că suturile ar putea ceda.

6. Regimele în urma intervențiunilor pe stomac sunt cinci și anume: absolut, lactat, ovo-lactat, ovo-lacto-vegetarian și mixt.

7. Administrarea fie-căruia din aceste regime va fi în raport cu toleranța gastrică și starea generală a operatului.

Scanned with OKEN Scanner

8. Edemele post-operatorii se datoresc trecerii bruşte dela un regim hypoclorurat la un altul hyperclorurat ; ele dispar repede revenind la primul şi numai reapar, când se reia alimentaţia obicinuită.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele Tezei
Prof. Dr. TH. IONESCU

Decanul Facultăţei
Prof. Dr. TH. IONESCU

In afară de subiectul tezei, candidatul este obligat a răspunde la orice chestiune medicală ce i se va pune de către juriul de promoţiune.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Terrier et Hartmann.—Chirurgie de l'estomac 1899

Monod Ch. et Vanverts.—Traité de Technique operatoire 1902

Chaput.—Technicque et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires 1902.

Bouveret Prof.—Traité des maladies de l'estomac 1899.

Dujardin Beaumetz.—Traité des maladies de l'estomac 1893

Leven Dr. M.—Traité des maladies de l'estomac 1893.

Debove et Rémond.—Traité des maladies de l'estomac 1899.

» » » —Lavage de l'estomac 1892.

Debove et Renault.—Ulcère de l'estomac 1899.

Robin Dr. Albert.—Les maladies de l'estomac 1900.

Seé. Prof. Dr. Germain.—Des dyspepsies gastro-intestinales 1901.

M. Soupault.—Traité des maladies de l'estomac 1906.

Dr. Monprofit.—Annalles internationalles de chirurgie gastro-intestinales 1908.

Prof. Dr. C. Ionescu.—Congresul de chirurgie dela Paris 1907.

Tuffier.—Bullet. et Mem. dela Soc. de chir. 1908.

Coutaret.—Dyspepsie et catarrhe gastrique 1906.

Dieulafoy.—Pathologie interne 1905.

Brouardel et Gilbert.—Pathologie interne 1905.

Peyrot.—Chirurgie de l'abdomen 1903.

Doyen.—Traitament chirurgical des affections de l'estomac et du duodenum 1905.

Teohary et Babeș.—Zentralblat für Bakteriologie 1905 Bd. XXXIX.

Hartmann.—Bull. et Mem. de Soc. de chir. Paris 1907.

Leyden.—Handbuch der Ernährungstherapie und diätetik 1903.

Iginio Tansini.—Sopra l'alimentazione pronta negli operati di resezione gastrice ed intestinale. Gazz. med. italina lombardia 1888. Ref. im. Zentralbl. f. chir. No. 35 S. 642.

Manteuffel.—(Citat de W. Fick Uber Magenresektion, Archiv. f. klin. chirurgie) 1897. Bd. S. 528.

A. Jianu. — Terapeutica chirurgicală a ulcerului de stomac. Teză. București. 1908.

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1028

CONTRIBUȚIUNI

LA STUDIUL

TRATAMENTULUI TIROIDIAN

IN

REUMATIZMUL CRONIC

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ LA 23. JUN. 1908

DE

IOAN D. COHEN
FOST INTERN AL SPITALELOR

BUCUREȘTI
TIPOGRAFIA „FORTUNA“ STRADA SMĂRDAN, No. 49
1908

Scanned with OKEN Scanner

Decan: D-nul Profesor Dr. Thoma Ionescu

Profesori:

Clinica III-a chirurgicală	D-l Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	„ „	*Athanasescu N.*
Anatomia patologică Bacteriologia şi patologia experimentală	„ „	*Babeş V.*
Clinica II-a medicală	„ „	*Buicliu Chr.*
Medicina experimentală	„ „	*Cantacuzino I.*
Medicina operatorie	„ „	*Demosthene Ath.*
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	*Drăghiescu D.*
Anatomia topografică şi Clinica II chirurgicală	„ „	*Ionescu Th.*
Farmacologia şi clinica terapeutică	„ „	*Măldărescu N.*
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	*Manolescu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „	*Marinescu Gh.*
Medicina legală	„ „	*Minovici M.*
Fizica medicală	„ „	*Miculescu C.*
Istologia normală şi Embriologia	„ „	*Obregia Al.*
Fiziologia umană	„ „	*Paulescu N.*
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	*Petrini-Galatz M.*
Anatomia descriptivă	„ „	*Petrini Paul*
Patologia generală	„ „	*Proca Gh.*
Patologia chirurgicală, bandaje şi aparate de fracturi	„ „	*Rômniceanu Gr.*
Clinica I-a chirurgicală	„ „	*Severeanu C.*
Zoologia medicală	„ „	*Sihleanu St.*
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	*Sion V.*
Clinica I-a medicală	„ „	*Stoicescu Gh.*
Clinica mentală	„ „	*Sutzu Al.*
Terapeutica experimentală	„ „	*Theohari A.*
Clinica infantilă	„ „	*Thomescu C. N.*
Patologia medicală	„ „	*Thomescu T. I.*
Botanica medicală	„ „	*Vlădescu M.*

Agregaţi:

Clinica boalelor oto-rino-laringologice	D-l Dr.	*Felix Eug.*
Farmacia chimică şi galenică	„ „	*Georgescu M.*
Anatomia topografică	„ „	*Gerota D.*
Chimia analitică	„ „	*Minovici Şt.*
Clinica III-a medicală	„ „	*Nanu-Muscel I.*

JURIUL DE PROMOŢIUNE

PREŞEDINTE: D-nul Profesor Dr. **PAULESCU**

MEMBRI: „ „ „ OBREGIA AL.
„ „ „ CANTACUZINO I.
„ „ „ THEOHARI A.
„ Agregat „ NANU-MUSCEL I.

Suplinitor: „ Docent „ PARHON C.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima, nici aprobare, nici desaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

Un cuvânt înainte

In momentul de a părăsi băncile universitare, găsesc că nu este numai o datină, care se perpetuă, ci o sfântă şi plăcută datorie, să exprim sentimentele mele de mulţumire şi recunoştinţă acelora cari m'au încurajat prin cuvântul şi fapta lor în timpul vieţei mele studenţeşti.

Incepând studiul medicinei, primii doi ani i-am petrecut ca stagiar în serviciul distinsului chirurg D-nul Prof. Dr. Toma Ionescu. Primul şi al doilea an de externat provizoriu l'am făcut în serviciile D-lor D-ri Haralamb şi Vlădoianu. Ca extern, cu concurs, am trecut treptat în serviciile distinşilor mei şefi: D-nul Prof. Dr. Severeanu, D-nul Dr. Herescu şi D-nul Prof. Dr. Măldărescu. Internatul l'am făcut în serviciile D-lor Prof. Dr. Sutzu, Dr. Turbure, Dr. Mamulea (Spit. Sinaia) şi acum la sfârşit, timp de 3 ani, în serviciul D-lui Dr. Goilav, medic-primar al Spit. com. «Zerlendi». — Tuturora le prezint mulţumiri respectuoase şi omagii de recunoştinţă pentru cunoştinţele medicale, căpătate în serviciile Domnielor-lor.

In serviciul D-lui Dr. Goilav am avut ocaziunea să urmăresc evoluţiunea clinică în tratamentul bol-

Scanned with OKEN Scanner

navului, care ne-a condus la alcătuirea subiectului tezei noastre inaugurale.

D-lui Profesor Dr. Mina Minovici, îi datoresc nemărginită recunoștință și profund devotament, pentru ajutorul ce mi-a dat totdeauna în viața de student. D-sa a fost pentru mine nu numai profesorul respectat, ci un adevărat părinte; — să-mi permită a'i dedica această lucrare inaugurală.

Asemenea țin să mulțumesc D-lor D-ri Zamfirescu, Stefănescu-Galați, Iosif Dona, Bălăcescu, Teohari, Dr. Noica și în deosebi D-lui Prof. Agregat Gerota, pentru amabilitatea ce mi-au arătat cât timp am avut onoarea a face serviciul cu Domniile-lor.

Mulțumiri respectuoase D-lor D-ri Nicolae Minovici și Stoenescu.

Inainte de a sfârși, țin a aduce omagiile mele respectuoase D-lui Prof. Dr. Obregea și să-i exprim profunda mea recunoștință pentru bunavoința cu care m'a onorat în totdeauna.

Inainte de a intra în fondul tezei mele, mă simt dator a aduce omagiile mele de recunoștință D-lui Prof. Dr. Paulescu, care mi-a făcut onoarea de a prezida această lucrare a mea inaugurală și totdeodată de a-i aduce respectuoasele mele mulțumiri pentru amabilitatea de a ne ceda pentru publicare una din observațiunile D-sale personale.

Rog pe D-l Docent Dr. Parhon, care a răspuns cu deosebită bunăvoință la toate solicitările mele și care m'a îndrumat în lucrarea de față, să primească mulțumirile mele cele mai călduroase pentru întinsele cunoștinți căpătate în timpul internatului meu cât și cu ocaziunea acestei lucrări.

Domnilor Profesori ai Facultății de medicină, respect și recunoștință.

Rog pe Onor. Juriu de promoțiune să binevoiască

Scanned with OKEN Scanner

a primi expresiunea profundei şi respectuoasei mele gratitudini, cerând totdeodată indulgenţă, în vedere că prezenta teză, e o lucrare făcută într'un timp în care nu prea abundă scrieri asupra acestui subiect.

Colegilor de spital şi internat le voi păstra cea mai plăcută aducere aminte; amicilor D-rd Bernandus Marcus, Dr. Nicolicescu, Dr. Emil Sachelarie, Dr. Nicolae Iosif, ţin să le arăt o sinceră dragoste frăţească.

In sfârşit, ultimul cuvânt îl zic amicilor mei D-rului Gh. Andrei Ionescu, Medic-Legist, Căpitanului Const. Petrescu şi Grefierului Const. Florescu. Mă simt fericit, când pot profita de această împrejurare, pentru a le aduce mulţumirile şi recunoştinţa mea şi a-i asigura în acelaş timp de sinceritatea iubirei mele.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Chestiunea reumatizmului cronic e încă departe de a fi complect elucidată. Se înţelege desigur, astăzi încă, sub numele comun de reumatizm, fapte disparate care însă nu au nimic de comun unele cu altele afară de durerea. Diagnosticul de reumatizm devine adeseaori o poartă de scăpare pentru medic, care rămâne el însuşi mulţumit că a putut cunoaşte de ce sufere bolnavul. E însă bine să nu ne facem iluzii şi să recunoaştem că termenul acesta nu servă adese-ori de cât pentru ascunderea unei ignoranţe. Totuşi lumina a început să se facă.

Domnului Prof. *Lancereaux* îi revine marele merit de a fi văzut pentru prima dată în mod limpede deosebirea esenţială ce există între reumatizmul cronic, acela al cărui studiu ne interesează aci, şi reumatizmul articular acut.

Acest observator admirabil, studiind ambele aceste forme a văzut că ultima are toate caracterele unei boale infecţioase, iar cercetările recente, mai cu seamă acelea ale lui *Achalme* au arătat aceasta până la evidenţă. Astăzi de altfel opiniunea D-lui Prof. *Lancereaux* din acest punct de vedere, nu mai e contestată de nimeni.

Din contră, autorul francez studiind reumatizmul

cronic, a ajuns la concluzia că el reprezintă o manifestare trofonevrotică, o modalitate a diatezei numită de el *herpetism* și care sub diferitele ei varietăți e consecința unei turburări în inervațiunea organelor vieței vegetative.

In același cadru vast al herpetismului intră și alte turburări trofice sau nervoase ca: guta, litiaza biliară, obezitatea, unele dermatoze ca: urticariea, eczema, în fine astmul, migrena, etc.

Diateza herpetică e identică cu aceea numită de alți autori artritică și care ține după d-nii profesori *Lancereaux* și *Paulescu*, de o turburare dinamică a sistemului nervos vegetativ.

Nu e locul să vorbim aci de diferitele manifestări ale herpetismului. Ne vom ocupa însă în special de reumatizmul cronic și vom spune că unii autori au interpretat in mod diferit natura acestuia.

Mai mulți autori au căutat să ne explice natura reumatizmului cronic admițând că el ar fi datorit acțiunei unor agenți figurați a căror natură e ea însăși diferită după autori. Astfel pentru *Teissier* și *Roque* ar fi vorba de niște mucedinee ce cresc pe zidurile locuințelor umede și care ar determina reumatizmul cronic prin intermediul unor alterațiuni ale sistemului nervos central. Alți autori, *Chauffard* și *Ramond*, au admis un diplobacil. *Poncet* a atribuit un rol exagerat tuberculozei etc.

Ceeace, în starea actuală a științei, se poate afirma, e că un număr însemnat de infecțiuni pot da determinațiuni articulare ce pot evolua uneori în mod cronic, dar nu e deloc demonstrat că reumatizmul cronic obicinuit are de regulă o cauză infecțioasă și mai puțin încă că această cauză e în genere suficientă pentru a'l produce.

S'a mai vorbit în mod mai ipotetic încă de o influență ereditară a cancerului. Acesta e însă și mai puțin demonstrată.

Un singur fapt rămâne in picioare. E vorba de în-

Scanned with OKEN Scanner

rudirea incontestabilă a reumatizmului cronic cu celelalte manifestaţiuni ale herpetismului sau artritismului şi acest fapt are pentru noi cea mai mare însemnătate.

D-nii Profesori *Lancereaux* şi *Paulescu* au constatat că el se ameliorează în mod foarte însemnat prin opoterapia tiroidiană. In concepţiunea acestor autori glanda tiroidă secretă o substanţă necesară funcţionărei regulate a sistemului nervos şi prin acest mecanism opoterapia tiroidiană lucrează în diferitele manifestări ale herpetismului.

Această concepţie conţine în ea germenele unei teorii, care tinde din ce în ce să fie mai acreditată şi anume acea că modificările funcţionale sau anatomice ale glandei tiroide joacă un rol însemnat în producerea artritismului. D-nii *Gabriel Gauthier. Lévi* şi *Rothschild, Parhon, Goldştein* şi *Urechie* admit acest mod de a vedea.

Se înţelege într'adevăr uşor, că o astfel de turburare poate să producă un defect în funcţionarea sistemului nervos al vieţei vegetative, de unde urmează herpetismul pe care, precum am zis, îl corijează opoterapia tiroidiană.

Intrucât priveşte reumatizmul cronic, un număr de fapte publicate până în prezent, probează în mod indiscutabil acţiunea salutară a glandei tiroide ceeace pe de altă parte constitue un argument de valoare în privinţa concepţiunei patogenice a reumatizmului cronic după care alteraţiunele tiroidiane ar determina creaţiunea unui teren favorabil pentru evoluţiunea reumatizmului cronic, fără să se poată spune însă pentru un moment în mod precis, dacă mai sunt necesar şi alţi factori figuraţi, sau nu, cari sunt aceşti factori, şi în ce mod lucrează ei.

Acţiunea aceasta binefăcătoare a opoterapiei tiroidiane în reumatizmul cronic pe care am avut ocaziunnea să o constat în mod foarte evident într'un caz personal

Scanned with OKEN Scanner

mi s'a părut a merita să fie mai bine cunoscută cu atât mai mult cu cât terapeutica de până acum n'a dat rezultate destul de favorabile.

De aceea am crezut folositor a lua ca subiect pentru teza mea Opoterapia tiroidiană în reumatizmul cronic. Voi trece în revistă faptele acumulate până acum și voiu adăoga în urmă cazul meu personal și un altul observat de d-nii Prof. *Paulescu* și *Parhon* care au tratat cu succes mai multe cazuri de acest fel prin opoterapia tiroidiană.

Voiu arăta de asemenca argumentele aduse de diferiți autori în sprijinul patogeniei tiroidiane a reumatizmului cronic.

Scanned with OKEN Scanner

ISTORIC

Deja *Ord* a susţinut că reumatizmul cronic ar fi datorit unei turburări în funcţiunea glandelor genitale.

In Mai 1895, la Congresul reuniunei generale a medicilor elveţieni, Profesorul *Revillod* emite de asemenea opiniunea că *unele stări zise reumatizmale intră în categoria distrofiilor glandulare.* Cu studiile Domnilor Profesori *Lancereaux* şi *Paulesco,*[1] *Claisse,*[2] *Hertoghe,*[3] *Viala,*[4] *Parhon* şi *Papinian,*[5] *Macalister,*[6] *Atanasiu Vergu,*[7] *Florian,*[8] *Lévi* şi *Rothschild* într'o

1) LANCEREAUX et PAULESCO. — La médication thyroïdienne dans le traitement des affections rhumatismales et en particulier de l'arteriosclérose. Académie de médecine, 8 janvier 1899.

2) CLAISSE. — Opothérapie thyroïdienne dans certaines dystrophies (neurasthénie, polyarthrite déformante, myxoedéme fruste Soc. médic. des Hôpit. 1899. p. 77.—20 Jan.

3) HERTOGHE. — L'Hypothyroïdie bénigne chronique ou myxoedème fruste. Nouvelle iconogr. de la Salpêtrière 1899.

4) VIALA. — Opothérapie thyroïdienne appliquée au traitement des affections rhumatismales. Thèse de Bordeaux 1899 Dec.

5) PARHONET et PAPINIAN. — Pathogénie et traitement du rhumatisme chronique articulaire. Soc. ştiinţelor med. 11 Mai 19ê4 şi Presse médicale, 4 janvier 1905. p. 3.

6) MACALISTER.— Post graduate demonstration on rhumatoid arthritis. Lancet, 1904, II. p. 194.

7) ATANASIU VERGU. — Bulet. Soc. sciinţelor med. 1904-1905.

8) FLORIAN. — Tesa din Bucureşti 1905.

Scanned with OKEN Scanner

serie de lucrări, *Gordon,* [1]) *Ménard,* [2]) chestiunea începea se precisa.

Primii doui autori, au tratat cu succes mai multe cazuri de reumatizm cronic prin tiroidină. Demniile lor consideră reumatizmul cronic, ca o turburare depinzând de o alteraţiune a sistemului nervos, iar glanda tiroidă ar elabora o substanţă necesară nutriţiunei acestuia.

D-nul Profesor Paulescu [3]) în urma unor cercetări asupra funcţiunilor glandelor tiroide, a ajuns la concluzia că aceste glande fabrică o substanţă, care serveşte la nutriţia şi funcţionarea celulelor nervoase şi că lipsa acestor substanţe dă naştere la turburări multiple, dintre care unele prezintă oarecare asemănare cu acelea ale artritismului.

In urmă, acelaş autor a putut să aducă contra probă propoziţiunilor pe care le emisese în lucrarea precedentă, obţinând graţie medicaţiei tiroidiane ameliorări considerabile şi chiar vindecări în unele accidente artritice, ca sclerodermia, reumatizm cronic, arterioscleroza etc.

Ca cititorii să cunoască mai exact opiniunea acestor autori, reproduc textual următorul pasaj din importanta lor comunicare. Iată dar, câte-va cuvinte din această interesantă lucrare:

„Există o stare patologică, constituită prin dezordini „ce sânt consecinţa unui defect de activitate a siste„mului nervos, a vieţei vegetative şi a acelei a vieţei „de relaţiune. Acesta e mixedemul sau în alţi termeni, „totalitatea turburărilor nervoase, cari traduc în clinică „insuficienţa tiroidiană. Din cercetările clinice şi expe„rimentale, pe cari noi le-am intreprins asupra fisiolo„giei glandelor tiroide, rezultă concluziunea, că con„tra părerilor stabilite astăzi în ştiinţă (teoria antito-

1) GORDON. — Thyroid extract in migrain and epilepsy a propos of ten cases. Therapeutic gazette 1907, XXI, p. 1944.
2) MENARD. — Origine thyroïdiene du rhumatisme chronique progresif et déformant.—Thèse, Paris, 1908.
3) REYNIER et PAULESCO. — Glandes thiroïdes. In jour. de méd. int. 1898.

„xică) aceste organe au funcţiunea de a secreta o sub-„stanţă necesară nutriţiunei sistemului nervos.

„Când aceste glande lipsesc sau când funcţiunea lor „este profund turburată, rezultă o încetineală în nutri-„ţiunea câtorva celule nervoase, acestea funcţionează „rău, când într'un fel de letargie, pentru a se deştepta „din nou, când prin mijloace artificiale (medic. tiroidi-„ană), facem a pătrunde până la ele substanţa care le „e necesară. Ori turburările nervoase ale vieţei vege-„tative, pe care cineva le întâlneşte în mixedem pre-„zintă o oarecare analogie cu acelea a căror totalitate „constitue aceea ce se înţelege în general sub numele „de artritism sau herpetism şi cari ţin de asemeni de „un defect al sistemului nervos în viaţa vegetativă. „Noi am fost astfel în măsură de a ne întreba dacă „medicaţiunea tiroidiană atât de puternică contra tur-„burărilor mixedematoase, n'ar putea redeştepta acti-„vitatea micşorată a sistemului nervos în herpetism. „Noi am administrat extract tiroid sub formă de iodo-„tirină. Baumann, în mai multe cazuri de reumatizm, „gută, obesitate, glicozurie, arterio-scleroză, turburări „vaso-motorii şi trofice a extremităţilor, sclerodermie, „etc., şi rezultatele remarcabile obţinute ne îndreptă-„ţesc a le face cunoscute."

După cum se vede, aceşti autori au administrat princi-piul activ al glandei tiroide — iodotirina — în diferitele maladii, între cari şi în reumatizmul cronic. Succesul n'a lipsit şi iată ce conchid autorii relativ la unul din aceste cazuri: „In rezumat e vorba de un om de 36 ani, atins „de reumatism cronic, gută şi arterioscleroză, cu mă-„rirea considerabilă a tensiunei arteriale, ipertrofia ini-„mei scleroza rinichilor, manifestată prin albuminurie.

„Sub influenţa medicaţiunei tiroidiane, durerile arti-„culare, osteofitele şi turburările trofice ale unghiilor „se atenuară şi dispărură. In acelaşi timp tensiunea „arterială scăzu considerabil, poliuria nocturnă se mic-

Scanned with OKEN Scanner

„șoră asemeni ca și albuminuria; inima se micșoră a-„semeni de volum și al doilea zgomot aortic, înainte „atât de forte și cu timbru de clacment deveni aproape „normal. Cât despre arterile periferice ele numai sunt „nici tari și nici sinuoase și par ași fi recâștigat toată „mlădierea lor. Pulsul este mai puțin încordat, dar mai „repede".

Cum se vede din concluziunile acestor autori destul de cunoscuți lumei științifice, destul de precise și complecte, efectul medicațiunei tiroidiane în reumatizmul cronic este destul de remarcabil.

Totuși D-nii Profesori Lancereaux și Paulescu nu se cred destul de autorizați de a admite o relație de cauză la efect, între insuficiența tiroidiană și dezordinele artritismului, ce consideră că aceste două stări patologice au între ele o simplă asemănare patogenică.

Claisse [1]) a întrebuințat acelaș tratament într'un caz de poliatrită diformantă. Timpul cât a observat casul nu 'i-au permis să se pronunțe asupra valoarei tratamentului în poliatrite, dar a notat totuși un efect foarte însemnat asupra nutriției generale. Astfel urea a crescut de la 9 gr. 6 la 17 grame, acidul fosforic de la 1 gr. 5 la 2 gr. 6, iar clorul de la 6 gr. 7 la 8 grame. Zahărul care se afla în proporție de 5 gr. 2 s'a redus la urme, efect curios, căci corpul tiroid pare după *Laurand* mai de grabă a favoriza apariția glicozuriei. De asemenea albumina de la 0.12 ctgr. a scăzut la 0,05 ctgr.

Hertoghe [2]) semnalează de asemenea un caz interesant și cu atât mai demn de reținut cu cât autorul a fost surprins să constate efectele salutare ale tratamentului tiroidian în cazul său, tratamentul fiind administrat numai în contra mixedemului concomitent. Citâm textual descripțiunea autorului.

---

1) CLAISSE.—Loc cit.
2) HERTOGHE. — Loc cit.

„Au début de ma carière médicale il y a une quinzaine d'années, j'ai traité cette femme parce qu'elle se plaignait de *rhumatismes*. Je ne connaissais rien alors du myxoedème. Je me rappelle que tous ses muscles étaient raides et douloureux et les articulations gonflées, la demarche lourde, ankylosée. Les douleurs du dos étaient intolérables. Puis, sans avoir jamais pu la soulager, je la perdis de vue pendant six ans. Je la revis, elle avait alors soixante-quatre ans. Je reconus le myxoedème au son de sa voix. J'instituai le traitement. Je ne m'attendais nullement a voir disparaître la *douleur et la raideur* universelles, ne rangeant pas ces symptômes sous la bannière hypothyroïdienne. Elles disparurent cependant lentement et progressivement, en même temps que l'oppression très pénible a laquelle j'avais toujours vu cette femme en proie."

Viala [1]) într'o teză plină de interes a notat efectele satisfăcătoare ale opoterapiei tiroidiane în reumatizmul cronic. Un fapt important de reţinut e, că în observaţiunile acestui autor găsim de regulă diminuarea schimburilor nutritive ca în insuficienţă tiroidiană. Faptul e evident şi în observaţia lui *Claisse*.

In cazul observat de Domnii *Parhon* şi *Papinian* [2]), bolnavul pe lângă poliartrita diformantă, prezinta anumite simptome de insuficienţă tiroidiană ca: senzaţie de frig, lipsa de transudaţie, scăderea ureei eliminate, căderea unghiilor. Efectul tratamentului a fost din cele mai evidente şi autorii faţă de acest caz ameliorat prin opoterapia tiroidiană şi sprijinindu-se pe cercetările anterioare ale Domnilor Lancereaux şi Paulescu, Claisse, Hertoghe, Viala, au propus numele de reumatizm cronic dystiroidian sau hipotiroidian.

Macalister [3]) într'o lucrare publicată în Lancet 1904, *Atanasiu Vergu* [4]) într'o comunicare prezintată la Socie-

1) VIALA. — Loc. cit.
2) PARHON şi PAPINIAN.—Loc. cit.
3) MACALISTER. — Loc. cit.
4) ATANASIU VERGU. — Loc. cit.

Scanned with OKEN Scanner

tatea sciinţelor medicale, *Florian* [1]) în teza sa, au adus noi cazuri în care tratamentul tiroidian a dat rezultate însemnate.

Aceste fapte mă fac să cred că există o legătură între anumite cazuri de reumatizm cronic şi o turburare în funcţiunea corpului tiroid, turburare ce pare a consta de regulă în ipofuncţiunea acestei glande. Reumatizmul cronic e considerat ca o turburare artritică, iar artritismul ca o încetinire a nutriţiunei. Ceeace ştim relativ la efectele corpului tiroid asupra nutriţiunei, ne îndreptăţeşte a pune chestiunea dacă artitismul însăşi nu e o formă a insuficienţei tiroidiane sau cel puţin dacă aceasta n'are o parte în producerea lui.

Se poate aminti aci bunele rezultate obţinute de *Lasègue* şi *Le Gendre* cu Tinctura de iod. Se cunosc raporturile corpului tiroid cu substanţele bogate în iod.

Claisse [2]) în 1906 revine asupra raporturilor dintre reumatizmul cronic şi hipofuncţiunea tircidiană şi insistă asupra faptului că unii bolnavi atinşi de reumatizm cronic, pot încerca o transformaţiune remarcabilă prin opoterapia tiroidiană.

Autorul crede că acţiunea favorabilă a iodului în unele reumatizme ţine de efectul pe care această substanţă îl are asupra funcţiunei tiroidiane.

Lévi şi *Rothschild* [3]) într'o comunicare prezintată societăţei de biologie, şedinţa din 24 Iulie 1906, conchide de asemenea că reumatizmul cronic progresiv evoluiază pe un teren preparat printr'o turburare în secreţiune internă (tiroidiană, hypofisară, ovariană, diastematică). Pe acest teren se produc autoinfecţiuni banale repetate sau autointoxicaţiuni cronice. Articulaţiunile devin sediul unor leziuni cauzate de toxi-infecţiunile pe cari le combat mai cu seamă dacă sunt predispuse.

---

1) FLORIAN. — Loc. cit.
2) CLAISSE.— La Clinique année I, No. 1, — 1906.
3) LEVI şi ROTHSCHILD. — Soc. de biologie, 24 Iulie 1906.

Scanned with OKEN Scanner

Toxi-infecţiunile, auto-intoxicaţiunile pun în joc centrii nervoşi articulari regionali sau centrul bulbar general.

Reumatizmul cronic evoluiază pe un teren nevropatic, participarea sistemului nervos explică un oare-care număr din simptomele boalei.

Aceiaşi autori, într'o altă comunicare din 22 Iunie 1906 (Societatea de biologie) atrag atenţiunea asupra faptului că adesea ori reumatizmul cronic încearcă o ameliorare însemnată în timpul sarcinei şi explică acest fenomen prin exagerarea pe care o încearcă în acest timp funcţiunea tiroidiană. In aceiaşi comunicare, autorii anunţă că vor publica în curînd un mare număr de observaţiuni personale, cari tind să probeze că reumatizmul cronic este adesea ori de origină ipotiroidiană. Cercetările lor [1]) asupra fizio-patologiei corpului tiroid i-au condus a privi sub forme multiple chestiunea reumatizmului cronic tiroidian.

Gordon [2]) a întrebuinţat de asemenea cu succes tratamentul tiroidian în reumatizmul cronic.

Lévi şi Rothschild au prezentat Academiei de medicină în ziua de 4 Februarie 1908, un memoriu intitulat: *Contribution au traitement thyroïdien du rhumatisme chronique.* Asupra acestui memoriu, D-nul *Prof. Lancereaux* a prezentat un referat Academiei în ziua de 10 Martie 1908, din care extragem următoarele:

Lucrarea acestor autori e bazată pe 39 cazuri de reumatizm cronic observate în ambele sexe, la indivizi de la 12—75 ani şi supuşi opoterapiei tiroidiane.

Zece cazuri corespund reumatizmului cronic deformant generalizat, în care 5 cazuri a necesitat şederea în pat absolută mai mulţi ani. In alte 9 cazuri, gravitatea era rezultată din repetiţiunea acceselor subacute, a existenţei anchilozelor, al deformaţiunilor şi a perzistenţei durerilor.

Pe aceste 19 cazuri grave sau severe, au fost notate 14

1) LEVI et ROTHSCHILD. — Etudes sur la physio-pathologie du corps thyroide. Paris. 1903.
2) GORDON. — Loc. cit.

ameliorațiuni relative la dureri, impotența funcțională, deformațiunile și deviațiunile articulare. Doi bolnavi se pot considera complect vindecați.

Celelalte 20 cazuri realisând forme mijlocii sau benigne ale reumatizmului cronic, au dat 18 cazuri de ameliorațiuni sau de vindecări.

Rezultatele în definitiv, sunt cu atât mai bune cu cât deformațiunile sunt mai puțin profunde, localizațiunile mai puțin întinse, forma mai recentă și individul mai tînăr.

Tratamentul a conzistat în absorpțiunea de 1—3 capsule pe zi de pulbere uscată de corp tiroid de berbec de 0 gr. 10 echivalând cu 0 gr. 50 de glandă proaspătă.

Aceasta este o doză care nu poate inspira frică, totuși Lancereaux se asociază cu rezervele autorilor, când ei cer ca tratamentul tiroidian să fie mănuit cu prudență.

Lucrarea lui Lévi și Rothschild este interesantă. Interesul ei ține încă la aceasta, că cercetările sunt urmate de aproape 3 ani și au permis la un oarecare număr de indivizi, de a cunoaște, nu numai rezultatele imediate ale medicațiunei tiroidiene, dar și rezultate îndepărtate.

Bunele efecte ale opoterapiei în 32 cazuri se traduc prin diminuarea durerilor, mobilitatea articulațiunilor, ameliorarea deformațiunilor și deviațiunilor, merită mai ales să fie cunoscute. Adesea în sfârșit, reumatizmul cronic este d'asupra resurselor date de medicațiunile uzuale, asemenea medicațiunea tiroidiană poate găsi locul său în arsenalul terapeutic al acestei maladii.

In ședința din 10 Aprilie 1908, aceiași autori, au prezentat la societatea med. a spitalelor din Paris, o interesantă comunicare asupra „raporturilor dintre glanda tiroidă și reumatizmul cronic", asupra căreia vom reveni într'un alt capitol.

Ménard, [1]) într'o teză susținută la 5 Februarie 1908 la Facultatea de Medicină din Paris, și făcută sub inspira-

1) MÉNARD. — Loc. cit.

ţia D-lui Sergent, tratează despre *origina tiroidiană a reumatizmului cronic progresiv şi deformant.*

Acest autor reproduce o bună parte din observaţiunile publicate înaintea sa, aducând el însuşi câteva fapte personale. Astfel acest autor susţine origina tiroidiană a reumatizmului cronic bazat pe faptele următoare:

In primul rând observaţiunea lui Sergent referitoare la un caz de psoriasis asociat cu reumatizmul cronic şi mixedem frust, la a cărui necropsie, s'a găsit o degenerescenţă calcară a lobului stâng şi atrofia restului glandei tiroide.

Al 2-lea, pe existenţa unor simptome de hipotiroidism în multe cazuri de reumatizm cronic.

Al 3-lea, pe coexistenţa guşei cu reumatizmul cronic sub formă de nodozităţi ale lui Heberden, ca într'o observaţiune personală a lui Ménard, în care guşa coloidă a precedat cu 10 ani apariţiunea deformaţiunilor articulare ale degetelor.

Al 4-lea, pe asociaţiunea reumatizmului cronic cu unele dermatoze, considerate de unii autori ca fiind de origină tiroidiană. Astfel e sclerodermia şi psoriasisul.

Al 5-lea, pe apariţiunea reumatizmului cronic în timpul menopauzei [1]) când după acest autor glanda tiroidă s'ar atrofia şi apariţiunea crizelcr reumatice în timpul menstruelor, când există adesea ori hipotiroidism.

---

1) NOTĂ. — In ceeace priveşte starea corpului tiroid la menopauză, trebue să remarcăm că atrofia e departe de a fi regulă, hipertrofia e un fenomen frequent, iar Monéry a găsit că cantitatea cea mai mare de iod conţinută în glanda tiroidă corespunde vârstei de la 40—60 ani.

Pe câtă vreme între 30—40 ani, acest autor găseşte o cantitate de 5 miligrame şi 833 de iod în glanda tiroidă, din contră între 40—60 ani găseşte 7 mlgr. 444. După această vârstă iodul descreşte din nou, ajungând la 1 mlgr 688 între 70—80 ani.

Această constatare concordă cu opiniunea lui Hertoghe, Blondel, Parhon şi Goldstein, după care între ovare şi corp tiroid există un antagonism. De curând Bandler supunînd la tratamentul tiroidian femei ce prezintau accidente ale menopauzei (fenomene de insuficienţă ovariană: senzaţie de căldură, palpitaţie, nervozitate) a văzut o exagerare a acestor simptome, lucru ce n'ar fi trebuit să se întîmple dacă aceste femei ar fi prezentat o atrofie sau insuficienţă funcţională a glandei tiroide.

Scanned with OKEN Scanner

Al 6-lea, pe influenţa binefăcătoare axercitată de sarcină în timpul căreia există un hipertiroidism fiziologic, influenţa asupra căreia, au inzistat Levi şi Rothschild într'o comunicare prezentată la societatea de biologie în 1906 şi asupra căreia, au revenit în recentul lor volum [1]) în care reproduc şi 4 observaţiuni inedite ale lui Kirstein din Copenhaga.

Al 7-lea, pe vindecarea reumatizmului cronic prin apariţiunea sindromului clinic a lui Basedow.

In fine pe acţiunea salutară a tratamentului tiroidian, a celui iodat în reumatizmul cronic, citând din ultimul punct de vedere experienţele lui Garnier, care arată că injecţiunile de iod determină o abundentă hipersecreţiune tiroidiană, ceeace îndreptăţeşte opiniunea, că iodul datoreşte acţiunea sa în reumatizmul cronic, hipersecreţiunei tiroidiane.

In şedinţa din 15 Mai 1908, la Societatea medicală a Spitalelor din Paris s'a discutat chestiunea raporturilor dintre glanda tiroidă şi diferitele feluri de reumatizm.

Paul Claisse [1]) este de acord cu Lévi şi Rothschild şi crede că opoterapia tiroidiană poate fi utilizată adesea pentru tratamentul unor stări cronice caracterizate prin încetineala funcţiunilor şi distrofii articulare.

Din punct de vedere al patologiei generale, această metodă are meritul de a separa şi de a defini o stare morbidă particulară, printre toate acele, ce sunt considerate ca reumatizme cronice. Sub acest nume, Claisse semnalează o serie de stări disparate, cari n'au altă analogie de cât că corespund unor leziuni articulare.

De mult timp, D-l Profesor Landouzy a protestat contra

Precum vom vedea Lévi şi Rothschild, consideră menopauza ca exercitând o acţiune autoterapică, analoagă cu aceea a sarcinei în cursul căreia, glanda tiroidă este hipertrofiată.

Este totuşi exact că, un oarecare număr de cazuri de reumatizm cronic la femee, debută în timpul menopauzei. Relaţiunea acestor cazuri cu starea glandei tiroide ar merita să fie precizată.

1) LÉVI et ROTHSCHILD.— Etudes sur la physio-pathologie du corps thyroid et de l'hypophyse.—1908.

2) PAUL CLAISSE.—Rhumatisme thyroïdien chronique.

Scanned with OKEN Scanner

întrebuinţărei termenului de reumatizm cronic, care pare a indica o maladie, atunci cînd este vorba numai de sindrome: cuvîntul reumatizm, trebue să fie absolut rezervat poliartritei acute febrile, maladie bine definită, în afară căreia există diverse sindrome asociate artropatielor.

Claisse e de părere că sub numele de reumatizm, se înţeleg sindrome variate printre care unele ţin de hipotiroidie.

Claisse, ca şi Levi şi Rothschild crede că lipseşte un criterium absolut pentru a determina cazurile justiciabile ale metodei. Asupra lor există numai simple presumpţiuni fondate pe slăbiciunea presiunei arteriale, micşorarea apetitului, a funcţiunei digestive, urinare, încetineala inteligenţei, somnolenţa, în scurt slăbiciunea vitalităţei coexistând cu infiltraţiunile edematoase, distrofiele ligamentelor şi a articulaţiunilor.

Dar ei, nu se aşteaptă să vadă o reacţiune salutară la toţi indivizii atinşi de reumatizm cronic. Metoda opoterapiei nu dă adesea nici un rezultat; aceasta nu infirmă cătuşi de puţin valoarea sa şi pare a indica numai că funcţiunea tiroidiană n'are de cât un rol limitat în patogenia reumatizmelor cronice.

Ei remarcă încă, că această metodă aşa de bună, ca toate tratamentele, oricare ar fi, este incapabilă de a restabili funcţiunea articulaţiunilor distruse, de a regenera cartilagiile. Dacă anchiloza perzistă cu toată opoterapia la la un individ hipotiroidian, nu suntem în drept de a conchide la zădărnicia unui procedeu care este întrebuinţat prea târziu.

Claisse crede, că la orice reumatizant cronic, suspect de hipotiroidie, opoterapia trebue să fie întrebuinţată cu titlu de încercare. Dar nu este inutil de a reaminti, că această întrebuinţare trebue să fie supravegheată de aproape. Cazurile de intoleranţă sunt frequente şi a suspendat la mulţi indivizi opoterapia, din cauza mai multor tentative urmate de excitaţiune cardiacă.

Nu vom avea nici un accident, dacă vom începe prin

Scanned with OKEN Scanner

mici doze, fără grabă, supraveghind acceleraţiunea inimei, întrerupând tratamentul îndată ce individul atinge 90—100 pulsaţiuni.

Pentru Claisse, opoterapia tiroidiană nu pare a avea în practica curentă, locul ce'l merită. Lumea medicală a conservat amintirea unei discuţiuni academice, unde accidentele la care poate da naştere erau enumărate şi uită prea curând binefacerile sale. Pentru Claisse, aceasta e cauza care a făcut ca indicaţiunile date în 1899 de d-nii Profesori Lancereaux şi Paulescu [1]) şi de el, cu privire la reumatizmul tiroidian, au fost aşa de puţin urmate.

Claisse, crede totuşi, că acest procedeu poate aduce mari servicii la oarecari reumatizanţi, fără a'i expune la cel mai mic pericol. Reclamă numai din partea bolnavului multă răbdare şi supunere, iar din partea medicului puţină atenţiune.

Pentru D-l *Vincent* [2]) diversele comunicări făcute Societăţei medicale a Spitalelor asupra semnului tiroidian, frequenţa sa, patogenia sa, semnificaţiunea şi importanţa ce convine de a acorda prognosticului şi mersul ulterior a reumatizmului [3]) merită, poate de a fi amintite cu ocaziunea interesantei lucrări a lui Claisse, căci ele dau o explicaţiune raţională, rezultatului favorabil al opoterapiei tiroidiane în tratamentul reumatizmului cronic.

Formele acute şi febrile ale reumatizmului articular franc, se acompaniază la adult în 68 supra 100 cazuri de o umflare uni sau bilaterală a corpului tiroid, cu sensibilitate când foarte uşoară, când foarte vie a fiecărui lob la presiune sau la înţepare. Mensuraţiunea gâtului revelă o augmentaţiune de 0, gr. 005—1—2 ctm.

---

1) LANCEREAUX et PAULESCO. — Loc. cit.
2) H. VINCENT. — Rhumatisme et opothérapie thyroïdienne. Interprétation des résultats de cette dernière. (A propos de la communication de M. Claisse. — Séance du 15 mai 1908.
3) H. VINCENT. —Le signe thyroïdien, dans le rhumatisme aigu-Société médicales des hôpitaux. 8 Juin 1906. Id.—ibid. Fréquence du signe thyroïdien dans les maladies infectieuses.

Scanned with OKEN Scanner

Salicilatul de sodiu face să dispară foarte repede durerea provocată, dar tumefacţiunea tiroidiană perzistă atât timp cât durează fluxiunea articulară şi febra. In acelaş timp se pot observa în aceleaş forme acute ale reumatizmului bătăi tiroidiane şi o tremurătură apreciabilă degetelor, care dispar asemenea, cu dubla fluxiune tiroidiană şi articulară.

Acest total de simptome pe care Vincent le-a numit semnul tiroidian şi care reprezintă prescurtat sindromul lui Basedow, poate câte odată supravieţui reumatizmului, a se agrava după vindecarea acestei din urmă şi a da loc la apariţiunea unei adevărate guşe exoftalmice. Explicaţiunea patogenică a acestei din urmă afecţiuni şi a rapoartelor sale cu reumatizmul devine destul de clară.

Autorul nu crede, că se poate considera semnul tiroidian ca traducţiunea unei localizaţiuni glandulare a reumatizmului. Tumefacţiunea corpului tiroid este mai mult expresiunea unei reacţiuni de apărare a organizmului contra procesului reumatizmal ; lui Vincent îi pare de a fi analoagă cu aceea a splinei în maladiele infecţioase. Aceasta este în fine găsită justificată prin eficacitatea în adevăr remarcabilă a opoterapiei tiroidiane în un oarecare număr de cazuri de reumatizm acut cu atiroidie şi rebele tratamentului salicilatului. Vincent a putut astfel obţine o ameliorăţiune rapidă şi câte odată surprinzătoare a acestor forme clinice dispariţiunea durerilor şi căderea febrei, putând surveni la 1 sau 1 zile.[1])

De altă parte, acelaş mod de a vedea permite de a explica rezultatele aşa de demonstrative pe care D-nii Prof. Lancereaux şi Paulescu [2]) Claisse [3]) şi după ei Hertoghe. Viala, P. Marie, Parhon şi Papinian au obţinut în trata-

1) Urmează de aci că tratamentul tiroidian nu trebue să fie întreprins în formele normale ale reumatizmului acut. care se însoţeşte de o reacţiune tiroidiană suficientă.

2) LANCEREAUX et PAULESCO. — Loc: cit.

3) CLAISSE, — Loc. cit.

mentul reumatizmului cronic şi al arteriosclerozei prin medicaţiunea tiroidiană. In fine mai recent Levi şi Rothschild [1]) au adus o foarte interesantă contribuţiune acestei chestiuni.

Astfel constataţiunea clinică a semnului tiroidian, semnificaţiunea sa şi consecinţele sale sunt de acord cu experienţele terapeutice făcute de mult de D-nii Prof. Lancereaux şi Paulescu, Claisse şi continuatorii lui în tratamentul reumatizmului cronic. Plecând din punct de vedere iniţial cu totul diferit, Vincent se găseşte astăzi ajuns la aceleaşi concluziuni asupra rezultatelor obţinute prin acest tratament. Aceste cercetări se complectează şi se limpezesc prin o mutuală lumină. Reumatizmul cronic care este în mod frequent consecinţa unei insuficienţe tiroidiane, este ameliorat prin opoterapie de oarece aceasta înlocueşte funcţiunile slăbite ale corpului tiroid.

Hipertiroidia, frequentă în reumatizmul acut şi febril, poate dispare sau să facă loc hipotiroidiei; sau ea poate fi absentă de la începutul afecţiunei. Intr'un caz sau altul, Vincent a arătat că absenţa a oricărei determinaţiuni tiroidiane ar implica de odată o reacţiune defensivă imperfectă şi o agravaţiune a prognosticului articular [2]). De acolo utilitatea tratamentului opoterapic.

Vincent arată totuşi cu Claisse că, dacă medicaţiunea tiroidiană produce efecte foarte favorabile în reumatizm cronic cu evoluţiune fibroasă şi deformantă, el nu reuseşte în un oare care număr de cazuri. El este nul de o parte la indivizii în care reumatizmul foarte învechit a ajuns la o stare fibroasă şi la o anchiloză devenită iremediabilă; de altă parte, la acei ce sunt atinşi de tuberculoză; în fine în artrita blenoragică.

Jn aceste din urmă cazuri, se observă câte odată la începutul tratamentului, o oarecare ameliorațiune; dar aceasta nu se menţine. Lui Vincent i s'a părut a fi tot astfel într'un caz de reumatizm gutos.

1) LEVI şi ROTHSCHILD. — Loc cit.
2) H. VINCENT. — Soc. Méd. des Hôpit., 26 avril 1907.

Scanned with OKEN Scanner

In al 2-lea loc, opoterapia tiroidiană trebue să fie ajutată după acelaş autor pentru a fi eficace, prin administraţiunea iodului, sub formă de tinctură de iod, Iodur de potasiu sau lichidul lui Gram. Este posibil chiar după Vincent, ca tratamentul iodat întrebuinţat în tot timpul contra reumatizmului cronic, să datorească o parte din efectele sale unei acţiuni proprii asupra secreţiunei tiroidiane.

Terminând, îşi ia libertatea de a remarca că *termenul de reumatizm tiroidian* dat de D-nii Levi şi Rothschild, ca şi de D-l Claisse, acestei forme de reumatizm cronic justiciabil opoterapiei tiroidiane, este susceptibil de a ridica câteva obiecţiuni.

Prin analogie cu expresiunile de *reumatizm articular, cerebral, visceral* etc. s'ar putea crede, că reumatizmul tiroidian vizează o determinaţiune a reumatizmului însuşi asupra glandei tiroide, ceeace nu e în mod evident; de oarece caracterul rebel şi adesea incurabil al reumatizmului este funcţiunea unei reacţiuni tiroidiane diminuate şi imperfecte. Denominaţiunea de *reumatizm cronic prin insuficienţă tiroidiană,* îi se pare lui Vincent mai preferabilă.

D-l *Antonin Poncet* spune, că D-l Claisse revine în sprijinul ideilor ce le-a susţinut el încă de acum oâţi-va ani asupra patogeniei reumatizmului articular, în particular a reumatizmului cronic.

Reumatizmul nu este o entitate patologică, el este un sindrom. Cauzele cele mai diverse pot da naştere la artropatii prezentând adesea aceleaşi caractere clinice şi anatomo-patologice.

A priori, Poncet acceptă deci foarte bine, chiar în afară de bunele cauze invocate de Claisse, un reumatizm de origină tiroidiană.

Nu s'ar putea explica într'adevăr, pentru ce o turburare a secreţiunei tiroidiane, care varsă în organizm nişte produşi toxici, nu ar da naştere la nişte manifestaţiuni articulare tot ca şi alte otrăvuri, sau infecţiuni.

Mai mult, în mod etiologic vorbind, nu ar fi tot aşa cu

turburările secreţiunei ovariane în momentul menopauzei?

Nu ar da ele naştere la femeele sărmane, la artrite cronice, rebele cu mers progresiv. câte odată foarte dureroase, etc?

Patologia generală cere deci un reumatizm de origină tiroidiană, dar de fapt, invocăm o otravă tiroidiană, ovariană etc. Care este în specie, *primum movens* a acestei toxemii? Care este cu alte cuvinte cauza?

Etiologia infecţioasă intră în prima linie. Poncet a văzut procesuri tiroidiane de natură tuberculoasă (tuberculoza inflamatorie a corpului tiroid) pentru a nu ne gândi la posibilitatea în aparițiunea a reumatizmului zis tiroidian, a unei infecţiuni bacilare.

Poncet crede, că reumatizmul tuberculos e frequent după numeroasele observaţiuni culese, însă el nu a zis nici odată, după cum se crede uneori, că nu ar fi de cât un reumatizm, reumatizmul tuberculos cari ar înlocui pe toate celelalte, chiar pe acelea cu o patogenie bine stabilită: reumatizm, blenoragie, puerperal, scarlatinos, etc.

Poncet a demonstrat în mod simplu, că printre reumatizmele infecţioase, reumatizmul tuberculos de şi ultimul apărut, ocupă cel mai mare loc.

Reumatizmul prin intoxicaţiune tiroidiană. este el frequent? Poncet are puţină tendinţă de a crede.

Poncet observă în centrul unei regiuni compusă din guşaţi, unde guşile şi manifestaţiunile patologice din partea corpului tiroid sunt din cele mai frequente, nu-şi aduce aminte a fi văzut la atari indivizi mai des ca şi la alţii, reumatizme cronice. La ei totuşi tiroida este în stare constantă, în echilibru instabil. Nu se ştie oare, că în ţările în care se observă guşa, în deosebi, în unele părţi din Elveţia, în Alpi, în unele locuri din Dauphine, în unele văi din Alpi, din Maurienne etc., că toţi locuitorii pot să fie consideraţi ca tiroidiani ca şi în regiunile unde paludismul este endemic, toţi indigenii sunt mai mult sau mai puţin paludici; ei bine, el nu ştie dacă reumatizmul cronic se întîlneşte mai adesea în aceste centre. Acuma, de oare ce medicaţiunea tiroidia-

nă dă bune rezultate în oare cari reumatizme cronice, nu urmează, în mod necesar, că aceasta din urmă să fie de origină tiroidiană.

D-nul *Souques* zice, că ameliorațiunea unor reumatizme cronice sub influența tratamentului tiroidian, este incontestabilă. El a văzut la mulți din reumatizanți cronici de la spitalul Ivry, supuși opoterapiei tiroidiane de D-nul Levi, o ameliorațiune manifestă.

La un mare număr dintre ei, există dispariținea sau diminuarea durerilor și a rigidității articulare. Și la unul din ei, care a fost prezentat societății de D-l Levi, în una din ultimele ședințe, putem chiar vorbi de vindecare. Se poate zice, că dacă opoterapia era încercată de timpuriu, adică înainte de stabilirea leziunilor definitive, s'ar fi obținut niște rezultate mai numeroase și mai mari.

Vincent, ale cărui cercetări îndelungate asupra „semnului tiroidian" a reumatizmului articular acut au luminat patogenia unor reumatizme cronice, ele au arătat că iodurele și în deosebi, lichidul lui Gram, întrebuințată de D-l Chauffard, a dat bune rezultate în reumatizmul cronic. Odinioară Lasègue preconiza tinctura de iod la interior. Or, corpul tiroid conține un compus iodat, iodotirina. Se pare deci, că iodul ar juca rolul primordial în tratamentul reumatizmului cronic. Reumatizmul cronic tuberculos este departe de a prezenta aceleaș garanții ca „reumatizmul tiroidian". Proba nu s'a făcut. In tot cazul, ni se pare mult mai puțin frequent de cât s'a zis.

II

Documentele ce sprijinesc idea unui raport între glanda tiroidă şi reumatizmul cronic şi justifică tratamentul tiroidian în acest sindrom

In capitolul referitor la istoric, am relatat aceste diferite documente citând la locul cuvenit, autorii cărora aparţin.

D-nii Levi şi Rothschild într'una din comunicările lor la societatea medicală a Spitalelor din Paris, au stabilit o clasificaţiune a acestor documente, arătând pe rând argumentele terapeutice, exprimentale, clinice şi anatomo-patologice.

Aceasta clasificaţiune ni s'a părut clară şi putând a da o idee justă de starea chestiunei, de aceea am adoptat-o eu însu-mi, urmând în cea mai mare parte expunerea a acestor autori.

1⁰) **Argumente terapeutice.**—Pentru ca acest prim argument să aibă valoare, trebue să admitem acţiunea specifică a tratamentului tiroidian.

Studiile anterioare ale lui Lêvi şi H. de Rothschild [1]) au arătat că corpul tiroid (medicament) lucrează cu titlul de corp tiroid (glandă).

Dar, chiar dacă am accepta această valoare specifică, trebue să precizăm acţiunea terapeutică a corpului tiroid asupra reumatizmului cronic [2]). D-nii Levi şi Rothschild au căutat să grupeze în acest scop caracterele esenţiale a acestei boale.

---

1) LÉVI et H. DE ROTHSCHILD.—Etudes sur la physio-pathologie de la glande thiroïde, Introduction p. XXVIII.

2) LÉVI ET H. DE ROTHSCHILD.—Traitement thyroïdien du rhumatisme chronique. Lecture á l'Académie 4 Févr, 1908. Rapport de M. Laucereaux sur la communication, Académie de médecine 1908, p. 323.

Scanned with OKEN Scanner

Unele din aceste caractere sunt caractere de *evoluţiune*. In una din formele sale, cea mai gravă, un caracter primordial este *progresivitatea*. Tratamentul tiroidian opreşte progresivitatea reumatizmului. El face mai mult. Aduce retrocesiunea boalei.

Se citează multe cazuri în cari bolnavii erau condamnaţi la pat de mulţi ani şi în urma tratamentului, ei au reînceput din nou primii lor paşi. Astfel este şi în observaţiunea I-a din această lucrare. In a 2-a de asemenea bolnava immobilizată în pat de mai mult timp şi-a reluat mersul sub influenţa tratamentului tiroidian.

Un alt caracter de evoluţiune este repetiţiunea accese-lor subacute. Tratamentul tiroidian înlătură aceste crize.

Tratamentul tiroidian exercită de altă parte influenţa sa asupra simptomelor principale ale reumatizmului cronic.

Durerile diminuă puţin câte puţin, apoi dispar.

Aşa boinavul nostru, (vezi Observaţiunea I) care n'avea odihnă nici un minut de mai bine de 4 ani, după câteva zile de absorbire de corp tiroid, durerile au diminuat foarte mult.

Opoterapia lucrează chiar asupra hiperesteziei generale, care uneori e aşa de mare încât bolnavul se teme când cineva se apropie de patul său etc.

Reumatizmul cronic coprinde în simptomatologia sa *deformaţiuni, deviaţiuni, anchiloze.*

Medicaţiunea face să dispară oarecari deformaţiuni, mai ales ale degetelor; ea modifică deviaţiunile, rezoarbe anchilozele, determină topirea nodozităţilor lui Heberden.

In acelaş mod, D-nii Profesori Lancereaux şi Paulescu, Parhon şi Papinian, au semnalat, că opoterapia lucrează asupra turburărilor *trofice* ale unghiilor şi asupra turburărilor *pigmentare.*

Oare cari consideraţiuni afirmă încă valoarea patogenică a tiroidoterapiei.

a) Rezultatele obţinute pot să *dispară* prin încetarea prea

de timpuriu a opoterapiei, dar aceste rezultate se obţin din nou după reînceperea tratamentului.

Aşa Levi şi H. de Rothschild citează cazul unui bolnav care transformat prin tiroidină, a rămas 2 ani fără să se trateze, apoi azistă la reîntoarcerea ofensivă a reumatizmului său, care s'a modificat din nou prin dozele slabe ale acestei medicaţiuni luate câteva zile.

b) Invers, prin perzistenţa ameliorаţiunei, care în cazurile citate datează de 2—3 ani, ne este permis de a vorbi de *vindecare* şi atunci dacă medicaţiunea tiroidiană este capabilă a vindeca reumatizanţii, putem admite că dystiroidia este capabilă asemenea de a produce reumatizmul cronic.

c) Destul de frequent, tratamentul tiroidian, are ca în myxoedem o influenţă *imediată* (din primele doze) care se va accentua în mod progresiv.

Această repeziciune a acţiunei tiroidiane adaogă un caracter în favoarea specificităţei tiroidinei contra a oarecăror cazuri de reumatizm cronic.

In definitiv, rezultatele tiroidoterapiei constituesc un prim argument favorabil tezei noastre.

Autoterapia tiroidiană se traduce prin ameliorаţiunea reumatizmului cronic in timpul *sarcinei* (observaţiunile inedite ale lui Kirstein) şi a *menopausei* [1])

Ménard a semnalat la fel ameliorarea unui caz de reumatizm cronic prin evoluţiunea intercurentă a unei maladii a lui Basedow.

Cazurile citate la istoric ale Domnilor Profesori Lancereaux şi Paulesco, Claisse, Hertoghe, Viala, Parhon şi Papinian etc. constituesc tot atâtea fapte în sprijinul teoriei tiroidiane a unui număr de cazuri de reumatizm cronic.

2) Fapte experimentale.—Experimentaţiunea este în

1) LÉVI ET ROTHSCHILD.—Loc. cit. p. 35 et. p. 362.

deosebi făcută pentru a rezolva chestiunile de patogenie.

Dar producerea experimentală a reumatizmului cronic este foarte grea din cauză că această boală posedă un mare număr de elemente patogenice.

Un caz frumos este cazul lui **Peppo Acchioté,** care constitue un exemplu de reumatizm cronic deformant în speţa umană, cu controlul ulterior al tratamentului.

O fată tânără de 28 ani, s'a supus pentru *hypertrichoza bărbiei şi a gâtului* la un tratament prin razele X.

Sub influenţa acestui tratament a evoluat în mod paralel reumatizmul cronic deformant, myxoedemul, o stare neurastenică. După a 12-a şedinţă au apărut manifestaţiuni articulare la călcâiu şi la degetele picioarelor. După a 18-a şedinţă, se generalizează manifestaţiunile reumatizmale la genunchiul drept şi la mâini; apar apoi infiltraţiuni edematoase, faţa se umflă, somnolenţă, apatie, abatere.

Orice medicaţiune antireumatizmală n'a ajuns la nici un rezultat, Acchioté dădu bolnavei tablete de glanda tiroidă uscată. După 3 zile de opoterapie, durerile diminuară, deformaţiunile articulare şi tumefacţia lor «scăzură în mod miraculos şi ca prin farmec».

Acest exemplu fixează deci *determinismul tiroidian* a unui caz de reumatizm deformant.

Alături de acest caz excepţional, vom putea adăuga două serii de fapte:

1) Unele din cazurile lui Vincent realizează condiţiunile unei adevărate experimentaţiuni.

In urma tumefacţiunei glandei tiroide bine pusă în evidenţă de Vincent în reumatizmul articular acut, se poate produce fie perzistenţă a hiperfuncţionărei tiroidiane, (manifestându-se sub o formă de sindromul lui Basedow) fie o reîntoarcere a glandei la starea sa normală, fie în fine la atrofia corpului tiroid. In acest din urmă caz, vedem că survine o formă tenace, prelungită, a reumatizmu-

ui subacut, care cedează tratamentului tiroidian (Vincent).[1])

2) In mod invers, tratamentul tiroidian realizând o adevărată hipertiroidie, poate produce accese de reumatizm. Hertoghe [2]) semnalează ca accidente ale tratamentului tiroidian, durerea de spate în regiunea rinichilor, durerile musculare şi articulare.

Levi şi Rothschild au văzut survenind la reumatizanţi cronici, cari suportă rău dozele de tiroidină, un fel de accese articulare (exageraţiunea durerilor, curbatură articulară, etc). Aceste crize în general trecătoare, sunt adesea salutare.

3[0]) **Fapte clinice.** — Reumatizanţii cronici ameliorați prin tiroidină, prezintă, în grade variabile, semne de dystiroidie, a căror origină este demonstrată prin influenţa favorabilă a tratamentului.

Astfel de semne sunt: *senzaţiunea foarte frequentă de frig, absenţa transudaţiunei, căderea părului, metroragii la femei, somnolenţă,* fenomene observate şi în observaţiunile noastre, *turburări trofice din partea unghiilor, oboseala repede, apatie psihică,* etc. De asemenea coexistenţa la acelaş bolnav a unui alt sindrom din familia neuro-artritică ca: *migrena, astmul, exema, litiaza biliară,* ne pot pune pe urmele unei alteraţiuni a funcţiunei tiroidiane.

Daca nu e obicinuit a observa la aceşti reumatizanţi cronici simptomatologia myxoedemului complect sau a sindromului lui Basedow tip, găsim din contră asociate în proporţiuni nedefinite nişte simptome mai mult sau mai puţin numeroase aparţinând fiecăruia din sindrome.

---

1) VINCENT. — Absence du „signe tyroïdien" dans le formes rebelles du rhumatisme aigu. Ses conséquences pathogénique et thérapeutiques. Bull. et Mém. de la Soc. médic. des Hôpitaux 1907, No. 14, p. 373.

2) HERTOGHE.—Loc. cit. p' 35 du tirage à part.

D-nii Levi şi Rothschild [1]) au făcut să reeasă într'un caz prezentat, această asociaţiune hypotiroidiană, această *instabilitate tiroidiană* corespunzând neuro-artritismului tiroidian.

Una din turburările cele mai obicinuite este *senzaţia de frig*, care lipseşte însă în observaţiunile unor autori.

Care este valoarea acestor semne?

Ele au numai o valoare de *presumpţiune,* căci se poate vedea coexistenţa dystiroidiei cu un reumatizm cronic de origină diferită.

Când există paralelism între evoluţiunea insuficienţei tiroidiane si a reumatizmului, între aparitiunea semnelor de dystiroidie şi un acces articular, raportul devine mai probabil.

Influenţa asupra reumatizmului *a actelor vieţei genitale a femeei*, care pune în joc aparatul tyro-ovarian, trebue luată de asemenea în consideraţiune.

In realitate, aceste constatări trebue să ne conducă la tratament. Dacă rezultatul este complect, ele vor câştiga o valoare definitivă.

4[0]) **Fapte Anatomo-patalogice.**— Autopsiile reumatizanţilor cronici, în care corpul tiroid să fi fost studiat sunt rare.

Observaţiunea lui *Sergent* [2]) este foarte preţioasă. La o femee de 55 ani atinsă de psoriasis şi în acelaş timp de turburări ale menopauzei s'a desvoltat o poliartrită deformantă progresivă şi myxoedem frust.

---

1) LEVI et ROTHSCHILD. — Un cas d'instabilité thyroïdienne (neuro-arthritisme thyroïdien). Bull. et mém. de la Soc. médic. des Hôpitaux de Paris (séance du 27 mars 1908).

1) SERGENT Dégénerescence calcaire du lobe gauche du corps thyroïde et atrophie du reste de la glande dans un cas de psoriasis artropatique terminé par myxoedème fruste. Bull. dela Soc. anatomique, février 1894, p. 180.

Scanned with OKEN Scanner

La autopsie, autorul constată o degenerescenţă calcară a lobului stâng a corpului tiroid.

Verhoogen[1]) a văzut un myxoedematos suferind de leziuni reumatizmale cronice. Acest bolnav, supus la tiroidoterapie a fost ameliorat de multe accidente myxoedematoase, pe când afecţiunea reumatizmală n'a mai continuat mersul său progresiv.

Totdeodată accentuarea paralelă a turburărilor articulare şi myxoedematoase face probabilă, în cazul lui Sergent, natura tiroidiană a reumatizmului.

Mulţi autori nu cred, că această chestiune ar putea fi dezlegată prin anatomia patologică. Ultimul cuvânt revine însă terapeuticei tiroidiane.

Sprijinându-ne în mod esenţial pe rezultatele sale, putem conchide cu Levi şi Rothschild, că există un *reumatizm, cronic tiroidian* sau mai bine hypo sau dystiroidian conform expresiunilor întrebuinţate de d-nii D-ri Parhon şi Papinian şi mai curând de Vincent, care revendică un oarecare număr de fapte înglobate în gruparea generală a reumatizmului cronic.

Pentru a evita orice confuzie, trebue să precizăm sensul termenului de reumatizm cronic tiroidian.

Descriind această formă — zic *Lèvi şi Rothschild* — noi înţelegem a face numai operă *nosografică*, adică pur artificială. Căci nu rămâne îndoială din punct de vedere al patologiei generale, că dacă corpul tiroid funcţionează rău, funcţionarea întregului organizm trebue să fie stricată şi în deosebi sistemul glandelor cu secreţiune internă (sistem *endocritic*).

Forma considerată nu este mai puţin legitimă, căci în mod invers prin faptul chiar al acţiunei sale favorabile, corpul tiroid lucrează fără îndoială asupra întregului organizm şi tinde a îndrepta defectuozităţile echilibrului general în care e coprins totdeodată şi echilibrul endocritic.

---

2) VERHOOGEN. Les formes cliniques du rhumatisme chronique. Congrès français de medecine Liège 1905.

Scanned with OKEN Scanner

In alt ordin de idei, turburările tiroidiane, pe care Levi şi Rothschild le izolează în patogenia complexă a reumatizmului cronic, nu constitue de cât o turbare de *teren,* care înlesneşte desvoltarea auto-infecţiunilor, auto-intoxicaţiunilor, care lucrează asupra articulaţiunilor, fie direct, fie prin intermediul sistemului nervos simpatic.

Această turburare de teren găseşte confirmaţiunea sa sciinţifică în lucrările D-şoarei *Fassin* asupra alexinelor (Comptes rendues dela Soc. de Biologie. No. 9, 1907) şi ale lui *Stépanoff* asupra opsoninelor (asupra raporturile auto-infecţiunilor cu hypotyroidia Thesă, Paris 1907.)

Terenul tiroidian rămâne *fondul comun* pe care se stabilesc nişte varietăţi pure, combinate sau complexe ale reumatizmului cronic tiroidian, pe care trebue să-l precizăm. Şi aci, tratamentul concură la analiza cazurilor. Căci dacă este permis de a considera ca *pur* tiroidiane cazurile de reumatism *vindecate* prin tratamentul tiroidian, influenţa favorabilă numai parţial al tratamentului nu indică, din contră, decât un *element* tiroidian în reumatizm. In cazurile *intermediare* rămâne de făcut oarecare interpretări.

Intr'adevăr, dacă o persoană foarte ameliorată prin tratament nu suportă medicaţiunea până la vindecare, reumatizmul său nu ar fi oare tot tiroidian?

Pe de altă parte, dacă, alături de deformaţiunile care dispar prin tratament, altele mai accentuate nu ar fi susceptibile de a se modifica, oare acestea din nrmă nu ar fi tot de natura tiroidiană ca şi cele d'întâi?

III

Cum se prezintă în clinică reumatizmul cronic tiroidian?

Se poate cunoaşte prin simplul examen clinic al bolnavului, dacă un caz dat de reumatizm cronic afectă sau nu raporturi cu glanda tiroidă şi dacă acest caz va fi ameliorat prin tratamentul tiroidian?

Există un număr de cazuri în care respunsul afirmativ se poate da de mai înainte cel puţin cu multă probabilitate.

Aceste sunt cazurile în care bolnavii prezintă în afară de reumatizmul lor, simptomele hipotiroidismului.

Dar absenţa acestor simptome nu exclude posibilitatea unui raport patogenetic, între unele cazuri de reumatizm cronic şi o alteraţiune tiroidiană, nici posibilitatea unei acţiuni salutare a tratamentului tiroidian în aceste cazuri.

Levi şi Rothschild, care au ridicat chestiunea ce constitue titlul acestui capitol şi în care întrebuinţăm expresiunea de reumatizm cronic tiroidian cu rezervele făcute în capitolul următor, răspund în modul următor la această chestiune.

In general se poate zice, că aproape toate formele de reumatizm cronic au fost ameliorate prin tratamentul tiroidian şi cu atît mai mult în forma tiroidiană a acestei boli.

Cu toate acestea trebuesc a fi semnalate oare-care escepţiuni:

1⁰ Cazurile de reumatizm cronic localizat la una sau la un mic număr de articulaţiuni şi care este consecinţa imediată a unei infecţiuni articulare.

2⁰ Cu tot numărul important de fapte observate, există forme pe care noi nu le-am întâlnit şi asupra cărora vom face toate rezervele, spre exemplu, reumatizmul cronic progresiv, consecutiv blenoragiei sau scarlatinei. Aceste boale,

Scanned with OKEN Scanner

de durată trecătoare, au trebuinţă fără îndoială, pentru a produce o afecţiune de lungă durată şi progresivă, de un teren special anterior boalei iniţiale sau pe care îl creează această boală iniţială.

De asemenea Levi şi Rothschild nu au studiat de loc chestiunea reumatizmului cronic tuberculos a lui Poncet [1]) (para-tuberculos a lui Teissier [2]) în rapoartele sale cu dystiroidia. Chestiunea ar merita de a fi privită din puncte de vedere diferite. Nu numai că bacilul tuberculos sau otrăvurile sale pot lucra prin intermediul corpului tiroid, dar s'ar putea presupune că pentru a produce atenuaţiunea virulenţei bacilului tuberculos în aceste cazuri, ar trebui să existe o influenţă a terenului asupra bacilului, ceea ce Levi şi Rothschild au exprimat prin termenul de *homogenizaţiunea bacilului.*

3⁰ In fine, pentru că unele forme, precum este *spondiloza rhizomelică* nu a fost de loc ameliorată prin tratament, Levi şi Rothschild socotesc că ar trebui să fie exclusă din reumatizmul tiroidian. Insă aceşti autori fac rezerva, că nu au avut decât un singur asemenea caz, care a fost supus la tratamentul tiroidian numai o lună şi acest individ era şi morfinoman.

4⁰ Aceşti autori nu au fapte suficiente pentru a judeca natura tiroidiană a unei forme pe care ei o atribue tot reumatizmului cronic: *retracţiunea aponevrozei palmare.*

Cât priveşte cazurile de *reumatizm cronic senil*, fiind dată multiplicitatea leziunilor la această vrâstă, nu li s'a părut lor că trebuesc să fie supuse în mod sistematic la tratamentul tiroidian.

Cu escepţiunea acestor cazuri, pentru care ar fi posibilă o reviziune, Levi şi Rothschild au văzut că se ameliorează prin opoterapie tiroidiană diversele forme de reumatizm cronic, uşoare, severe şi grave; apiretice sau cu accese

1) PONCET.— Poliarthrite tuberculeuse déformante, etc., II Congrès de Chirurgie, Paris 1907.
2) TEISSIER. — Formes cliniques de rhumatisme chronique.— Congrès français de médicine. Liége 1905.

Scanned with OKEN Scanner

subacute; localizate sau generalizate; cu sau fără deformaţiuni.

Astfel: reumatizmul vag, ambulatoriu; oare-cari nevralgii, astfel cum e sciatica, care evolua concomitent cu reumatizmul; reumatizmul parţial cu artrita uscată sau hidrartroza; morbus coxae senilis, nodositățile lui Heberden; reumatizmul generalizat interesând toate articulaţiunile precum şi acelea ale coloanei vertebrale şi ale maxilarelor; reumatizmul nodos în forma sa deformantă. In mod frequent Levi şi Rothschild au tratat cu succes cazuri de forma Adams-Charcot, amestec de reumatizm cronic progresiv şi reumatizm cronic parţial.

Dintr'un alt punct de vedere — zic Levi şi Rothschild — dacă admitem tentativa patogenică aşa de interesantă a lui Teissier şi Roque [1]) tratamentul tiroidian a ameliorat cazuri de reumatizm post-infecţios diatesic şi *a frigore*. In realitate cauzele se găsesc cele mai adesea multiple şi în mod divers asociate la acelaş individ.

IV

Cum noţiunea reumatismului cronic tiroidian se împacă cu un oare-care număr de date care privesc istoria acestui reumatizm

Autorii, cari s'au ocupat de chestiunea raporturilor dintre glanda tiroidă şi reumatizmul cronic, au conceput acesţe raporturi în mod variat şi se poate zice, că pentru moment chestiunea nu este încă elucidată în mod complect.

Majoritatea lor, sunt însă de acord să admită, că alteraţiunile funcţiunei tiroidiane creiază terenul favorabil evoluţiunei reumatizmului cronic, în a cărui patogenie pot de

---

[1]) TEISSIER et ROQUE.—Rhumatismes croniques. Traité Brouardel Gilbert 2-e edit,

alt-fel să intre cauze variate toxice, infecţioase şi chiar pur fizice, cum e spre exemplu frigul umed.

In privinţa modului în care alteraţiunea glandei tiroide lucrează în elaboraţia terenului necesar evoluţiunei reumatizmului cronic, unii autori au avut în vedere mai cu seamă insuficienţa tiroidiană şi au vorbit de un reumatizm cronic hipotiroidian sau distiroidian, putem astfel cita pe D-nii D-ri Parhon şi Papinian şi pe Vincent.

D-nii Levi şi Rothschild au întrebuinţat termenul de reumatizm cronic tiroidian, înţelegând prin aceasta, că reumatizmul cronic poate evolua atât pe un teren hipotiroidian cît şi pe unul hipertiroidian şi mai cu seamă pe acela al instabilităţei tiroidiane, în care hipo şi hipertiroidia se găsesc asociate, putându-se întâlni la acelaş bolnav, unele din simptomele hipotiroidismului şi altele din acele ale hipertiroidismului.

D-nul Profesor *Paulescu* crede, că pentru moment nu e bine a întrebuinţa expresiunea de reumatizm cronic tiroidian, de oarece, de şi tratamentul prin această glandă dă în multe cazuri rezultate din cele mai importante, totuşi natura intimă a raporturilor dintre glanda tiroidă şi reumatizmul cronic, ne rămâne încă puţin cunoscută.

De sigur, ne putem asocia la această înţeleaptă rezervă. Totuşi pentru ca lucrarea noastră să fie complectă şi cititorul să poată găsi în ea opiniunile diferiţilor autori, pentru a putea judeca chestiunea prin sine însuşi, mi s'a părut bine a arăta cum pentru D-nii Levi şi Rothschild noţiunea de reumatizm tiroidian se împacă cu un oarecare număr de date referitoare la istoria reumatizmului.

Vom trece, prin urmare în revistă după D-nii Levi şi Rothschild, noţiunile clasice referitoare la etiologia, clinica şi patogenia reumatizmului cronic, căutând a vedea, dacă concepţia reumatizmului tiroidian rămâne în picioare în faţa acestor date.

1⁰ Din punct de vedere etiologic.—*Ereditatea* bine cunoscută a reumatizmului, (exemple se găsesc în observa-

Scanned with OKEN Scanner

țiunile lui Levi și Rothschild) devine o *ereditate tiroidiană*, fie similară, fie neasimilară.

Frequența mai mare la *femee*, influența *sarcinei*, raporturile cu viața *sexuală* sunt termeni comuni ai reumatizmului cronic și ai boalelor tiroidiane.

Intoxicațiunile și infecțiunile pe cari le notăm în antecedentele reumatizanților cronici sunt susceptibile de a lovi glanda tiroidă. Chestiunea a fost discutată de curând în ceeace privește *reumatizmul articular acut. Vincent* [1]) a precizat într'o serie de publicațiuni acțiunea reumatizmului articular acut asupra glandei tiroide (semnul tiroidian). El a demonstrat că durata scurtă și insuficiența reacțiunei obicinuite a glandei tiroide, ar împedica o evoluțiune lentă, tenace, prelungită a reumatizmului în timp de mai multe septămâni și chiar de mai multe luni.

Sergent [2]) admițând posibilitatea unei insuficiențe tiroidiane, consecutivă supraactivității funcționale a glandei în cursul reumatizmului acut, a făcut să se întrevadă condițiunea patogenică a trecerei în stare cronică a unor reumatizme acute.

Este permis de a presupune că procesul de dystiroidie, consecutiv acțiunei altor infecțiuni asupra glandei tiroide ar putea să tragă după el asemenea consecință articulară.

Pentru a reveni iarăși la reumatizmul articular acut, ne putem întreba, pe de altă parte, dacă, pentru a se desvolta, el nu ar cere un teren *prealabil* deosebit, particular, la constituțiunea căruia corpul tiroid ar lua deja o oarecare parte.

Cât despre relațiunile reumatizmului cronic cu *artritismul*, dermatozele, astmul, litiaza biliară, ele sunt lămurite

---

1) VINCENT, — Le signe thiroïdien dans le rhumatisme articulaire acut. Soc. méd. des Hôpit., 8 Juin 1906. Raports de la maladie de Basedow avec le rhumatisme aigu. Soc, méd, des Hôpit. 22 Novembre 1907.

2) SERGENT. — Syndrome de Basedow consécutif à une crise de rhumatisme articulaire aigu prolongé. Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris.

Scanned with OKEN Scanner

prin physio-patologia tiroidiană. Levi şi Rothschild au căutat să introducă în constiinţa medicală noţiunea că o parte din artritism corespunde insuficienţei tiroidiane. Această opiniune, în afară de probele clinice, găseşte încă un sprijin în aceea că încetineala nutriţiunei invocată de *Bouchard* în artritism, este una din caracteristicele fundamentale ale insuficienţei tiroidiane. Ori, în teza lui Stépanoff [1]) se vede, că *Profesorul Bouchard în cursul său recent la facultatea de medicină, crede că natura intimă a diatezei bradytrofice trebue să fie cautată într'o turburare funcţională sau în alteraţiunea unor glande şi în deosebi a glandelor cu secreţiune internă.*

Frigul umed este de ordinar admis în geneza reumatizmului cronic. Mai mult unii autori, *Teissier şi Roque* (2) atribue frigului umed chiar un rol exclusiv, în cazurile în care se găsesc alţi factori etiologici. „Aceasta este, spun ei, adevăratul reumatizm cronic progresiv.“

In observaţiunile lui Levi şi Rothschild găsim frigul şi umezeala. Ce putem deduce de aici?

In ceea ce priveşte numai *frigul*, el nu este indispensabil, pentru că, după Teissier şi Roque, această boală ar fi chiar mai frequentă în ţările cu *căldura* umedă, la Neapole şi Tunis.

Dar dacă, pe de altă parte acest factor etiologic este de obicei invocat de bolnav, n'ar fi oare o confuziune între un simptom şi o cauză? Reumatizanţii hypotiroidiani într'adevăr sunt foarte plăpânzi, de o sensibilitate specială la frig, şi ei pot să încrimineze frigul ale căruia efecte ei le simt în urma unei funcţionări rele a glandei tiroide. Această obiecţiune odată făcută, este sigur că frigul care are o influenţă în multe din bolile infecţioase (Kelsch) precum şi o importanţă în dezvoltarea tetanusului (Vincent) [3])

1) STÉPANOFF, Loc. cit. p. 70.
2) TEISSIER et Rogue Loc. cit. p. 97.
3) VINCENT. — Influence du froid sur l'étiologie de tétanos. Bull. de l'Acad. de méd., 72-e année 11 février 1908, p. 172. — Kelsch. Bull. de l'Acad de méd., 72 année.

Scanned with OKEN Scanner

trebue să joace un rol peremptoriu în patologia tiroidiană, ori-care ar fi dealtmintrelea mecanizmele numeroase, bine amănunţite în teza lui Stépanoff.

Această acţiune a frigului poate să fie mai ales evidentă pentru apariţiunea crizelor, care evoluiază în cursul reumatizmului tiroidian. Frigul ar lucra în favoarea intoxicaţiunei, după cum Vincent a arătat în tetanus, influenţa asociată a mai multor cauze secundare.

Cât despre *umiditate,* ea ar lucra după Teissier şi Roque, asupra meningelor, prîn intermediul direct al mucegaiului (artonevroza infecţioasă) sau a unei toxemii celulare legată cu frigul (artronevroza toxică).

In aceste două ipoteze, turburarea tiroidiană, anterioară sau consecutivă acţiunei parazitare sau toxice, ar putea să înlesnească la rândul său o acţiune toxică sau parazitară.

Până şi *emoţiunile* ar juca un rol în patologia tiroidiană.

In rezumat noţiunea de *dystiroidie* nu se găseşte în contrazicere cu noţiunile etiologice invocate de obicei.

2⁰ Din punct de vedere clinic. — Simptomele proprii ale reumatizmului cronic, consecutive unor alteraţiuni mai mult sau mai puţin uniforme, nu-şi găsesc explicaţiunea lor prin patologia tiroidiană.

Pe lângă aceasta mai sunt oare cari particularităţi clasice; astfel: bilateralitatea simptomelor (ca leziuni), simetria lor, debutul prin extremităţi, mersul centripet.

De altă parte, unele simptome, ca spasmele, gheara, pe care o comparăm cu acea din boala lui Parkinson, ar putea presupune o turburare paratiroidiană asociată.

Numai unele fenomene concomitente îşi găsesc o explicaţiune tiroidiană: senzaţia de frig, turburările trofice ale pielei, perilor, unghiilor, infiltraţiunea edematoasă semnalată de Charcot, elafantiaza sau invers sclerodermia, turburările pigmentare. Dispariţiunea acestor turburări prin opoterapie tiroidiană demonstrează natura lor.

Scanned with OKEN Scanner

In ceeace priveşte *evoluţiunea*, o apropiere este legitimă între reumatizmul cronic şi maladiile tiroidiane.

Cineva nu moare de reumatizm cronic, cum nu moare de myxoedem (în mod escepţional de maladia lui Basedow).

Tot ca şi în myxoedem, albuminuria, ftisia bacilară, se dezvoltă în reumatizmul cronic în perioada caşectică.

Funcţionarea infinit variabilă a corpului tiroid, sub influenţa cauzelor secundare ne dă o interpretare satisfăcătoare în evoluţiunea diferită a reumatizmelor cronice, *unele progresive, altele staţionare, altele regresive.*

Tot prin aceleaşi modificări ale funcţiunei tiroidiane, se explică acţiunea autoterapică asupra reumatizmului în sarcină, în menopauză, în maladia lui Basedow.

Unele forme, ca acea a reumatizmului nodos al copiilor, care este însoţită cum a arătat *Diamantberger* [1]), de palpitaţiuni, sudori profuse, tremurătură generală, călduri, excitaţiune nervoasă, exoftalmii, toate simptomele de hipertiroidie, câte odată de guşă; care evoluează în accese subacute, are o terminaţiune favorabilă, devin lesne de înţeles dacă considerăm aceste forme în raporturile sale cu starea funcţională a glandei tiroide a copilului.

3⁰ Din punct de vedere patogenic. — Noţiunea tiroidiană a reumatizmului cronic se împacă de asemenea cu oare cari teorii care au fost propuse pentru a explica această boală (teoria toxică, infecţioasă, nervoasă). Ea rezultă din studiul *formelor* de reumatizm cronic tiroidian.

Levi şi Rothschild descriu aceste forme arătând în acelaş timp cum physio-patologia tiroidiană îi conduc a le înţelege.

Unele forme se leagă mai strâns cu turburările funcţionale ale glandei tiroide. Ele merită numele de *tiroidiane pure.*

---

1) DIAMANTBERGER, — Du rhumatisme noueux chez les enfants. These Paris 1890.

Scanned with OKEN Scanner

Altele nu coprind în dezvoltarea lor de cât un element tiroidian *(tiroidiane complexe).*

1⁰ **Forme tiroidiane pure.** — Un oarecare număr de varietăţi trebuesc să fie separate.

A. — Prima varietate considerată, priveşte *reumatizmul cronic benign* articular, adesea muscular sau fibros, a căruia simptome (durerea, redoarea musculară, umflătura articulară, cracmentele, impotenţa funcţională se perd în mijlocul simptomatologiei complexe a *instabilităţei tirotdiane.*

Această formă a fost bine descrisă de Hertoghe, Levi şi Rothschild o numesc *dystiroidia* cu localizaţiuni articulare [2])

Bolnavul prezentat recent de Levi şi Rothschild (neuroartritic cu reumatizm cronic parţial) intră în acest tip.

Cazul lui Gordon [2]) priveşte pe un om de 49 ani, la care tratamentul tiroidian, a făcut să-i dispară migrena şi accesele de reumatizm.

Intr'un grad mai *atenuat,* multe din durerile reumatoide cu repetiţiune, cari sunt atribuite neurasteniei, artritismului şi pe care le denumim torticolis, lumbago, migrene, intră în acest tip.

De asemenea unele vagi, deja observate la copii şi pe care le atribuim creşterei.

In acest tip morbid, frigul joacă un rol în aparitiunea acestor turburări (exagerarea unui reflex neuro-muscular cu atât mai marcat, cu cât este vorba de indivizi deja răciţi şi în acelaş timp nervoşi.

In forma cea mai accentuată s'ar putea vedea în turburările articulare un fel de uzură precoce, de *senilitate articulară anticipată.*

---

1) LEVI şi ROTHSCHILD. — Un cas d'instabilité thyroïdienne. Loc. cit.

2) GORDON. — Thyroïd extract in migraine and epilepsy. Therapeutic Gazette. 1907, XXXI p. 849.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul, care, accelerând bătăile inimei, risipind senzaţia de frig, slăbind, oprind căderea perilor, reîntinereşte pe orice bolnav, reîntinereşte chiar sistemul articular făcând să dispară cracmentele şi durerile,

B.—O a 2-a varietate care din unele puncte de vedere se apropie de precedenta, dar care reprezintă un *reumatizm cronic progresiv grav.*

Boala începe prin articulaţiunile mari şi mici. Există dureri difuzate în toate ţesuturile periarticulare, tendinoase, musculare.

Particularităţile acestei forme sunt:

Reacţiune febrilă mică, bolnavii n'au nici odată accese subacute adevărate.

Cu toată lungă durata de evoluţiune lipsesc deformaţiunile mari, deviaţiunile şi anchilozele. Există mai curând înţepeneli articulare cu atrofii consecutive.

Intr'un caz exista nodozităţile lui Heberden, în altul îngroşări şi anchiloze a unor articulaţiuni ale degetelor. Dar nu există, în deosebi, deviaţiuni sau deformaţiuni ale degetelor ca în reumatizmul nodos.

Levi şi Rothschild citează 2 cazuri. In unul din ele individul îmbolnăvit de reumatizm la 49 ani, devenise chel de timpuriu; el era atins de psoriasis ereditar tipic şi a devenit foarte simţitor la frig.

Cel-lalt atins de sciatică la 27 ani, şi tot deodată de lumbago cu repetiţiune şi cu dureri la umărul drept, a fost apucat de un reumatizm progresiv la vârsta de 50 ani.

La el se constată un total de semne de instabilitate tiroidiană (tumefiarea pleoapelor, obesititate potrivită, senzaţie de frig oboseală intestinală, somnolenţă după masă).

Acest reumatizm este *esenţial tiroidian*, cum arată proba tratamentului. Influenţa sa, într'adevăr, este imediată, foarte însemnată, ajungând să transforme pe bolnavi. Tratamentul interesează şi starea generală şi reumatizmul.

La al doilea bolnav au dispărut durerile, care erau ne-

incetate de 6 ani, mişcările s'au ameliorat, articulaţiunile şi muşchii au devenit încet-încet mobile, nodozităţile lui Heberden s'au topit (începând dela al 216 pachet). Individul care era condamnat la pat de 5 ani, se scoală în fiecare zi şi face câţiva paşi sprijinit de infirmier.

Primul individ a scăpat de durerile sale, el căuta să umble, îşi conduce membrele sale cu înlesnire. Sub influenţa unei doze ridicate de corp tiroid, degetele, care anterior erau mai mult sau mai puţin îndoite, redeviniră rectilinii. Boala retrocedează cu cel puţin de 5 ani.

Ulterior, medicaţiunea a trebuit să fie suspendată la acest bolnav, în urma susceptibilităţei inimei sale la medicament. Boala reluându-şi mersul său progresiv de 6 luni, el a fost repus, după o suprimare a tratamentului de mai bine de 2 ani la opoterapie.

De la primele pachete de 0, gr. 025, D-nii Levi şi Rothschild spun, că au observat o ameliorațiune. Articulaţiunea metacarpo falangiană a auricularului stâng, care remăsese sudată cu toată intensitatea primului tratament s'a desanchilozat. Lucru curios, bolnavul e chel de mai mulţi ani. Primul tratament, prelungit şi cu doze mari, n'a produs nici o modificaţiune a aparatului pilos. Actualmente sub influenţa micilor doze, perii au crescut.

In genere, în aceste 2 cazuri ale lui Levi şi Rothschild, reumatizmul tiroidian cu mers progresiv, a fost în acelaş timp torpid. Fiind date fenomenele concomitente pe care le găsim la indivizii care sunt atinşi, el corespunde *reumatizmului diatezic al autorilor*. El evoacă ideia unei auto-intoxicaţiuni lente continue, şi se înţelege, că după nişte cazuri de acest fel trebue să ne gândim la teoria toxică a reumatizmului cronic.

O altă varietate, care a fost studiată comportă fapte *mai puţin intense* şi cari servă de tranziţiune formei precedente.

Iacă un exemplu:

Un bolnav de 69 ani este atins de reumatizm cronic articular, muscular şi tendinos, cu artrosynovita genunchilor, nodozităţi Heberden. Forma este dureroasă şi apiretică El prezintă semnul temporalei, este atins de surzenie incomplectă, de aritmie.

Tratamentul a produs o diminuare a durerilor, mâinele s'au desumflat. Toate mişcările se fac cu mai multă uşurinţă, mersul, mişcările necesare pentru a se îmbrăca, pentru a mânca. El merge cu un baston în loc de două, devine capabil de a urca scările.

C.—O a treia varietate, pe care ar revendica-o teoria *infecţioasă* a reumatizmului cronic, este o formă care se poate numi *juvenilă.*

Cazurile tipice care o constitue se referă la bolnavi atinşi între 20—30 ani.

Jn afară de etatea bolnavilor, ceea ce caracterizâ această formă, este *repetiţiunea acceselor subacute,* survenind de exemplu sub influenţa unei răceli precum şi deformaţiunile însă puţin accentuate a gâtului mânelor şi a gleznelor.

In această formă Levi şi Rothschild au obţinut vindecări. Cum trebuesc interpretate aceste accese subacute?

Ele se apropie mai mult de crizele de reumatizm articular acut, de care e greu a le despărţi în clinică. Ori pentru acestea, multe simptome după Vincent, s'ar explica prin hypertiroidie.

Tot aşa credem şi cu accesele subacute. Natura lor hipertiroidiană se sprijină pe aceea că tratamentul tiroidian în doze rău suportate, poate determina o criză de genul acesta.

Un caz a lui Vulpian vine în sprijinul acestei concepţiuni. Un individ de 23 ani este atins de reumatizm nodos. In timpul când durerile au crescut precum şi palpitaţiile, sudorile. apăru o hipertrofie dureroasă a corpului tiroid.

Scanned with OKEN Scanner

Această reacţiune de hipertiroidie este cu atât mai uşoară cu cât indivizii sunt mai tineri şi mai nervoşi iar organizmul lor este apt la reacţiuni defensive. Şi atunci, se poate presupune că sub influenţa autointoxicaţiunei continue, legată cu insuficienţa tiroidiană, şi în urma unei cauze supra adăugate în unele cazuri, s'ar produce o auto-infecţiune. Atunci hipertiroidia este provocată de *accesul infecţios*, sau s'ar produce o reacţiune oscilatorie de hidertiroidie şi atunci ar fi numai o *alură infecţioasă*.

Oricum ar fi, această formă reprezintă un fel de *instabilitate tiroidiană articulară*.

Dacă procesul reacţional este prea energic, întrece limita, remediul devine mai rău de cât boala şi individul ese atunci mai bolnav din criza care ar fi putut să-l amelioreze. El manifestă cu toate acestea o tendinţă spre autoterapie, şi e de înţeles că această varietate trebue să beneficieze de tratament.

Se întâmplă la fel, şi pentru aceleaşi cuvinte, cu reumatizmul nodos infantil.

Să observăm în mod accesoriu, că la ei migrena şi astmul sunt deopotrivă însoţite de o stare febrilă ce deşteaptă idea unei infecţiuni.

Se vede aşa dar, că în reumatizmul tiroidian se poate înfăţişa o formă *torpidă*, continuă, ce se poate compara cu cefalea continuă a hipertiroidianilor, formă cu *paroxisme* ale căror accese sunt comparabile cu acelea ale migrenei şi se explică prin hipertiroidie.

Se înţelege de la sine că sunt fapte intermediare, care se asociază la ambele varietăţi.

D. — *Varietăţi combinate* (hipo-hipertiroidiane).—Casurile acestea sunt mai frequente de cât cazurile pure. Levi şi Rothschild prezintă societăţei medicale a spitalelor din Paris, 2 bolnavi, a cărora istorie o rezumăm pe scurt,

Primul din acești bolnavi este un individ de 31 ani, atins de reumatism ereditar. A fost expus la umiditate și a contractat blenoragia în 1897.

Reumatizmul a început în 1900 prin piciorul stâng, apoi se urcă la genunchiul drept, la umeri, la maxilari.

Acest atac de reumatizm a durat 14 luni și a fost însoțit de febră. S'a restabilit, însă șchioapătă de genunchiul stâng și avea dureri.

Un al doilea atac avu în 1902, cu hidrartroza genunchiului drept. Pe nesimțite începură deformațiuni ale mânelor.

Reumatizmul cronic progresiv deformant este deci însoțit aici de câteva accese febrile.

Individul a avut de la 14—15—16 ani cefalee migrenoidă și epistaxisuri.

El a văzut survenind în acelaș timp cu reumatizmul său, senzația la frig, constipațiune. El se simte ostenit dimineața, are puțină poftă de mâncare. Părul cade. Sprincenile sunt puțin dezvoltate. E foarte nervos, se supără lesne, e violent, plânge ușor.

In Septembrie 1907, din punctul de vedere articular, piciorul stâng e umflat, glezna împăstată, genunchiul drept îngroșat tare și deformat. Articulațiunile metacarpo-falangiene sunt anchilozate. La dreapta, indexul și mediul sunt sediul unor deviațiuni, la stânga deviațiunile interesează cele 3 din urmă degete. Gâturile mânelor sunt anchilozate. Radiocubitala este prinsă mai cu seamă la dreapta. Suferă aproape continuu mai cu seamă noaptea de diferite încheeturi atinse, mai ales la mâna dreaptă. Umblă cu ajutorul a două bastoane, îndoit, timp de 5 până la 10 minute; nu poate sta 2 minute în poziție verticală. Mișcările sunt limitate.

Sub influența tratamentului (230 capsule) durerile au dispărut.

De la prima septămână, mediul și inelarul stâng, ce erau în flexiune în palmă, au devenit rectilinii. Mișcările devin

mai uşoare. Nu mai are nevoia de baston pentru a umbla face 4 kilometri pe jos, e capabil să alerge.

In acelaş timp somnul se ameliorează, părul încetează de a cădea, simte mai multă căldură.

In total e foarte ameliorat, însă conservă câteva deformaţiuni.

Foarte comparabil este cazul unui *al doilea individ* om de 37 ani, acuma în serviciul cronicilor din Spitalul Tenon, serviciul Dr Klippel.

El fu atins în 1900 de dureri în călcâiu, avu o criză febrilă din Ianuarie până în Martie 1901.

In Martie 1905 avu un nou acces febril sub influunţa frigului.

Când l'au văzut la Spit. Laënnec în Septembrie 1906, Levi şi Rothschild rezumă observaţiunea:

Reumatizm cronic multiarticular, cu anchiloze, atrofia musculară, datând de 6 ani cu 2 accese febrile.

Individul atins de cataractă dublă congenitală, a avut, incontinenţă de urină prelungită.

Este friguros, osteneşte uşor. Se remarcă la el căderea părului, fragilitatea unghiilor şi scleroza arterelor.

Afară de asta, este nervos, are tremurătură congenitală a capului, nystagmus.

Il supunem la tratamentul tiroidian. In acelaş timp ce apetitul se măreşte, simţibilitatea la frig dispare, îi mai revine şi apetitul genital, dispărut de 6 ani. Anchiloza de la partea dorsală a piciorului stâng dispare.

Mişcările devin mai libere. Incrucişează mai bine gambele, se scoală mai uşor, umblă adesea fără baston, face câteva mişcări limitate cu gâtul mânei stângi. (Anchilozat de 6 ani). A luat 216 capsule aproape in 22 luni.

Fapte particulare.—In timpul unei suspendări a tratamentului, care fu dus până la 160 de capsule din Februarie până la Noembrie 1907, ameliorarea s'a menţinut.

După o luare recentă de 14 capsule a resimțit un acces dureros trecător.

In această varietate combinată intră încă 2 bolnavi, cu cazuri mai grave.

Un bărbat de 51 ani, la care reumatizmul începu sunt 11 ani, printr'o umflare a genunchilor, fără febră, însă avu un acces generalizat în Ianuarie 1898.

Reumatizmul afectă tipul cronic deformant progresiv. Individul este de talie mică, totdeauna friguros, atins de albinism precoce, a umblat târziu, este nervos.

Tratamentul face să dispară durerile, ameliorează mișcările, desanchilozează degetele de la mâna dreaptă, genunchii, gâturile mâinelor și ameliorează starea generală.

Cealaltă bolnavă în etate de 50 ani este atinsă de reumatism cronic deformant progresiv, datând de 15 ani, cu accese febrile. Reumatizmul este ereditar. Ea a fost expusă frigului umed, a avut supărări. E atinsă de gravelă, e nervoasă, are bătăi de inimă, ameţeli, valuri de căldură, are o tendinţă de a leşina,

Menstruaţia produce uu paroxism de hipertiroidie cu dureri articulare.

Tratamentul tiroidian a ameliorat mişcările, a micşorat durerile. Ea a lepădat cârjele ce întrebuinţa de 10 ani, umblă chiar fără baston, urcă o scară ceeace n'a făcut de 5 ani. Gâturile mânelor sale înţepenite de 5 ani se desanchilozează.

Tratamentul dă loc mai cu seamă în apropierea menstruaţiei la accese de hipertiroidie şi trebue manipulat cu precauţiune. In unele perioade utilizăm corpul galben.

Această din urmă bolnavă hipertiroidiană prezintă un caz limpede de *instabilitate articulară tiroidiană.*

Scanned with OKEN Scanner

In rezumat forma tiroidiană pură coprinde după D-nii Levi şi Rothschild:

A.— O primă varietate benignă cu repetiţiune.

B.— O a doua varietate gravă progresivă cu cazuri intermediare.

Aceste 2 varietăţi respund la forma diatezică, funcţiune de *hipotiroidie.*

C.— O a treia varietate cu paroxisme subacute, funcţiune de *hipertiroidie* (forma zisă infecţioasă).

D. Varietăţi combinate, de gravitate mijlocie sau mare, funcţiune de *hipo-hipertiroidie,* de instabilitate tiroidiană articulară.

2° Formă tiroidiană complexă. — D-nii Levi şi Rothschild mai descriu o a doua formă:

Rezultatul tratamentului în această formă este parţial. Studiul precis face să recunoască alţi factori, în particular o intervenţiune importantă a sistemului nervos.

Un exemplu va fi suficient spre a face cunoscută această formă tiro-nervoasă.

Levi şi Rothschild citează un caz la un bărbat de 45 ani, la care în Iunie 1878 a debutat o hidrartroză succesivă a genunchilor, fără febră. Apoi un reumatizm cronic deformant progresiv, a evoluat cu atacuri multiple generalizate.

E vorba de un bolnav cu o talie de 1 m. 70, cu nervozism accentuat, având altă dată migrene şi având o calviţie precoce familiară.

Ceeace e particular aci, este că mâinele s'au deformat în 6 septămâni, că deformaţiunile sunt simetrice, şi că ele sunt spasmodice şi nearticulare.

Ameliorаţiunea durerilor, cracmentelor, ansamblul mişcărilor, în acelaş timp cu starea generală, arată ce parte are elementul tiroidian.

Insă deviaţiunea mâinilor aşa rapidă, simetrică, spasmodică, nu s'a modificat prin tratament.

Scanned with OKEN Scanner

Un cas de acest gen ne conduce la teoria nervoasă a reumatizmului cronic. Levi şi Rothschild îl consideră ca *nervos* şi *tiroidian.*

Din studiul acestor forme multiple ale reumatizmului tiroidian, reese că natura distiroidiei contribue a preciza patogenia reumatizmului cronic.

Chestiunea se mai pune şi sub altă formă.

Noţiunea reumatizmului tiroidian se împacă cu datele de patologie tiroidiană?

Pentru a atribui distiroidiei unele sindrome, Levi şi Rothschild au admis mai de mult, pe lângă influenţa opoterapică, şi necesitatea existenţei lor în mixedem sau maladia lui Basedow.

In ceeace priveşte mixedemul, *Diamantberger*[1]) a fost primul care în teza sa, a pus chestiunea raporturilor myxoedemului şi a reumatizmului cronic. El a văzut la o reumatizantă de 19 ani, o infiltraţiune edemetoasă cu tumefiarea învelişului cutanat, fără a lăsa urme prin presiunea degetelor; el a notat pielea uscată, acoperită de scuame, o senzaţiune de frig excesiv.

Sergent[2]) a notat coexistenţa myxoedemului frust şi a psoriasisului artropatic. In acesté 2 cazuri, ei nu făcură proba tratamentului.

Sprijinindu-se pe infiltraţiunea myxoedematoasă a bolnavei sale, Claisse a supus la opoterapia tiroidiană primul său caz de poliartrită deformantă.

Cazul lui *Macalister* arată dezvoltarea unui myxoedem la un reumatizant, care fu ameliorat prin tratament.

In fine *Pepo Acchioté* a văzut survenind experimental deodată un reumatizm cronic deformant, o stare neurastenică şi myxoedem.

1) DIAMANTBERGER. — Loc. cit.
2) SERGENT.—Bull. de la Soc. anatomique, février 1894, p. 180

In memoriul lor asupra myxoedemului frust, Levi şi Rothschild. semnalară în 2 cazuri dureri articulare; ei conchid că myxoedemul nu exclude reumatizmul.

Ei au observat apoi reumatizmul cronic la un myxoedematos frust şi simptomul myxoedem cu dispoziţiunea segmentară la un individ atins de reumatizm cronic benign însoţit de sciatică.

Cazurile observate vor deveni fără îndoeală mai numeroase, odată atenţiunea fixată asupra acestui punct.

In ceeace priveşte maladia lui Basedow, un mare număr de fapte au fost publicate.

Ions [1]) a văzut artrita reumatoidă în cursul maladiei lui Graves larvată, sau însoţind simptome cardinale ale maladiei lui Graves. Weill şi Diamantberger [1]) semnalează într'un memoriu anterior, o fată de 17 ani atinsă de reumatizm cronic deformant cu exoftalmi dublă din cele mai pronunţate; o bolnavă de 55 ani, purtătoare de nodozităţi Heberden şi prezentând de 2 ani o augmentaţiune considerabilă a glandei tiroide cu tachicardie; o femee de 53 ani care avea o guşă exoftalmică, reumatizm nodos şi cecitate; o bolnavă de 22 ani suferind simultaneu de Basedow şi reumatizm nodos.

Cu toate aceste exemple, observaţiunea bolnavilor arată că reumatizmul cronic evoluează nu numai la mixedematoşi ci şi la basedowieni.

Când aceste forme există, ele sunt de obicei fruste. Cele mai adesea, reumatizmul cronic ameliorat prin corp tiroid, evoluează la indivizi care realizează în proporţiuni variabile asociaţiunea de hipo-hipertiroidie şi instabilitate tiroidiană.

Şi această constataţiune trebue făcută şi pentru migrenă astm, vărsăturile periodice, enterita muco-membranoasă; astfel după predominenţele individuale, se consideră per-

1) IONES. Graves's disease in association with rhumatoid arthritis. Bristish med. Journal 1903, 1, p. 1015.
2) WEILL et DIAMANTBERGER. — Goitre exophtalmique et rhumatisme. Soc. de médecine pratique, séance du 16 Juil. 1890

soane care prezintă aceste stări morbide precum sunt artriticii sau nervoşii.

Studiul sindromelor neuro-artritice în raportul lor cu funcţiunea glandei tiroide duce deci la o concluziune importantă, care se poate formula astfel:

Intre formele fixate ale patologiei tiroidiane, este interpusă o întreagă serie de cazuri înfinit de diferenţiate care reunesc elementele fiecăruia din ele.

Cu alte cuvinte, sindromele de hipo sau hipertiroidie, complecte sau fruste, nu realizează întreaga patologie medicală tiroidiană. O clasă importantă de fapte, care corespund în parte la neuro-artitism tiroidian, sunt atribuite *instabilităţei tiroidiane.*

Această instabilitate poate să se manifeste la un instabil tiroidian la nivelul articulaţiunilor.

In prezenţa unui reumatizm cronic, *putem recunoaşte dacă este tiroidian,* cu alte cuvinte daca el e susceptibil de a se modifica prin tratamentul tiroidian?

Nici leziunile, nici semnele propriu reumatizmului nu probează origina lui.

Pentru aceea trebue să căutăm mai întâi existenţa instabilităţei tiroidiane.

Cu cât semnele vor fi mai numeroase şi mai cu seamă semnele de insuficienţă tiroidiană, cu atât mai mult va trebui să credem că e vorba de reumatizm tiroidian.

Cu toate acestea poate să fie o simplă coincidenţă, chiar cu myxoedem, ca în cazul lui Verhoogen.

Atunci chestiunea nu se rezolvă de cât prin tratament.

In realitate, din punct de vedere practic, *ori de câte ori suntem în prezenţa unui reumatizm de cauză necunoscută, este nevoe de a întrebuinţa tratamentul.*

Cu cât persoana este mai tânără şi are accese subacute

şi puţine deformaţiuni, cu atât vor fi mai multe şanse de succes.

In formele tiroidiane pure, primele rezultate vor fi repezi, câte odată, aproape imediate.

Dacă tratamentul nu lucrează deodată, dozele vor trebui să fie schimbate, uneori micşorate şi prelungite.

V.

Modul de întrebuinţare al opoterapiei tiroidiane. Mecanismul acţiunei ei. Contraindicaţiuni.

Medicaţiunea tiroidiană se poate întrebuinţa sub forme diferite: *glanda proaspătă, glanda uscată*[1]), *maceraţie glicerinată, tiroidiană,* etc.

Glanda proaspătă de miel, berbec, viţel, porc, se administrează în doze variind de la câteva centigrame până la 1—2 grame pe zi.

E necesar însă a supraveghia susceptibilitatea bolnavului şi a începe cu doze mici.

O doză prea mare şi repetată zilnic poate aduce anumite turburări ce amintesc pe acelea ale sindromului lui Basedow, ca palpitaţie, tahicardie, transpiraţii exagerate, insomnii,

1) NOTĂ.— D-nul Prof. Paulescu ne atrage atenţia asupra faptului, că e necesar să supraveghem de aproape preparatele de glanda uscată şi să ne asigurăm de buna lor calitate. Acestea nu trebue să exale un miros urât. Intrebuinţarea unui preparat de rea calitate poate da loc la accidente. Astfel D-sa a observat la 2 bolnavi reumatizanţi, cărora le-a prescris iodotirina, iar farmacistul le-a eliberat un preparat de glandă uscată şi care exala un miros urât,—accidente de infecţie gastro-intestinală şi fenomene de hipertiroidism.—

excitaţie nervoasă mergând până la delir precum şi o însemnată descreştere în greutate.

Cu cât gradul însuficienţei tiroidiane e mai mare, cu atât bolnavul suportă şi el o doză mai mare. Când fenomenele sunt compensate putem suspenda tratamentul pentru a'l relua la necesitate, sau mai bine încă putem administra bolnavului la câteva zile odată o anumită doză de substanţă tiroidiană pentru a menţine rezultatul deja câştigat. In cazul meu, bolnavul n'a mai prezintat din nou fenomene reumatice, deşi tratamentul n'a m'ai fost reluat de la suspendarea lui.

Ceeace am zis pentru doza şi modul de întrebuinţare al glandei proaspete, se poate aplica şi pentru diferitele preparate farmaceutice. Modul de dozare al acestora variază cu fabrica de la cari provin şi e necesar a ne informa de doza corespunzătoare de glandă proaspătă ce corespunde unei pastile, sau unei anume cantităţi de pulbere, suc, etc., Fabricile Bourhoughs, Welcome Chaix, Merck, Flourens, etc., au astfel de preparate. De asemenea fabrica Bayer prepara iodotirina. care după *Baumann,* ar fi principiul activ al glandei tiroide.

Un bun mijloc de a face un preparat tiroidian comod de întrebuinţat şi care se poate face ori unde e acela al unei maceraţiuni glicerinate de corp tiroid precum recomandă D-nul *Gabriel Gauthier.* Se ia o parte glandă tiroidă proaspătă şi se triturează cu 4 părţi glicerină neutră pură. Se lasă apoi să macereze 3—4 zile şi se filtrează. O linguriţă din acest extract glicerinat corespunde unui unui gram de glandă tiroidă proaspătă.

Mabille recomandă a se asocia un preparat arsenical la opoterapia tiroidiană. Această asociaţiune ar preveni accidentele de hipertiroidism. Domnul *Prof. Paulescu* asociază adeseori lichidul lui Fowler 4—5 picături pe zi cu tratamentul tiroidian. Astfel a făcut şi în cazul a cărei observaţiune o reproducem în această lucrare.

Putem spune, că în general cu sau fără această asocia-

ţiune tratamentul tiroidian condus cu prudenţă, nu poate da accidente. Se va începe precum am zis cu doze mici. Se va supraveghea pulsul bolnavului, suspendând pentru câteva zile tratamentul sau micşorând doza, dacă pulsul ajunse la 110

Domnul Prof. Paulescu recomandă a nu se suprima brusc tratamentul, ci a diminua doza treptat până la suspendarea lui complectă.

In ce mod lucrează opoterapia tiroidiană în reumatizm?

Putem admite, că lucrează modificând terenul pe care evoluează acesta,

In ceeace priveşte *mecanizmul intim,* acesta nu e încă bine elucidat.

D-nii D-ri *Parhon şi Papinian* au susţinut bazaţi pe un anumit număr de fapte culese din literatură sau personale, că glanda tiroidă influenţează metabolismul calcelui, fapt confirmat de curând de către *Silvestri.* Autorii români au pus problema, dacă o turburare în metabolismul calcelui nu favorisează evoluţiunea reumatizmului cronic şi dacă opoterapia tiroidiană nu lucrează restabilind această turburare?

De asemenea aceşti autori se întreabă, dacă alteraţiunea schimburilor azotate ce aduce diminuarea ureei, fapt notat în multe cazuri din observaţiunile D-lui Viala şi care exista şi în cazul D-lor D-ri Parhon şi Papinian precum şi în cazul meu personal, nu favorizează evoluţiunea reumatizmului cronic?

Aceasta ar explica atât prezenţa reumatizmului cronic la hipotiroidiani, unde excreţiunea ureei e diminuată cât şi la femeile, la menopauză, unde se petrece acelaş lucru, căci din acest punct de vedere glanda tiroidă şi ovarele, antagoniste din alte puncte de vedere, are o acţiune sinergică.

Domnul *Prof. Paulescu* [1]) care a văzut rezultate din cele mai bune cu opoterapia tiroidiană în cazuri de asfixia extremităţilor, de escare sau gangrene cutanate, admite, că glanda tiroidă poate vindeca şi accidente ce nu sunt de natură hipotiroidiană. Tot astfel, s'ar putea petrece lucrurile şi cu reumatizmul cronic după D-sa.

D-sa împreună cu D-nul Prof. Lancereaux admit că glanda tiroidă secretă o substanţă necesară nutriţiunei sistemului nervos, marele regulator al troficităţei.

Ne putem întreba, dacă opoterapia tiroidiană, ori toate aceste cazuri nu lucrează activând nutriţiunea încetinită din cauza unui *teren de hipotiroidism*, de şi accidentele pot fi determinate de cauze ce n'au nimic afface cu glanda tiroidă? Dar aceste cauze, ar fi fost poate incapabile să determine accidentele pe un teren normal.

Acţiunea glandei tiroide se poate de sigur exercita precum admite Domnul Prof. Paulescu prin intermediul sistemului nervos de şi nu e exclusă nici o acţiune directă asupra ţesuturilor.

Precum se vede problema aceasta a modului de acţiune a opoterapiei tiroidiane reclamă incă noi cercetări.

Mai remâne să punem o altă problemă.

Cari sunt contraindicaţiuni opoterapiei tiroidiane?

Beclère, consideră glanda tiroidă ca exercitând o acţiune depresivă asupra cordului. Boalele cardiace ar fi deci o contraindicaţie, ca şi pentru Mènard. Dar aceasta e departe de a fi un fapt absolut şi D-nul *Prof. Paulescu* a putut'o întrebuinţa cu bune rezultate la arterioscleroşi cu miocardul atins.

D-nii *Lépine*, *Viala* privesc tuberculoza şi stările cachectice ca o contraindicaţiune. Dar şi aci chestiunea nu e com-

1) PAULESCU. — La médication thyroïdienne contre les troubles trophiques des extremités. In Journ. méd. int. juillet 1900.

plect elucidată. S'au văzut rezultate bune obținute cu opoterapia tiroidiană, la copii atrepsici. In ceeace privește tuberculoza, când există o consumpție însemnată, slăbire, tahicardie, se pare ca contraindicația e manifestă. Dar nu totdeauna tuberculoza se prezintă astfel și nu ni-se pare exclusă în mod absolut utilitatea opoterapiei tiroidiane în anumite doze, în cazuri de reumatizm cronic, chiar dacă aceasta evoluează la bolnavi tuberculoși, ceea-ce nu înseamnă numai de cât, că și reumatizmul e de natură tuberculoasă.

Singura contraindicațiune manifestă pare a fi *hipertiroidismul* deja existent, care de altfel nu pare a putea *coincida* cu reumatizmul cronic obicinuit. Astfel sindromul lui Basedow, care în multe cazuri pare a fi datorit hipertiroidismului ar fi o contraindicațiune. Am văzut de alt-fel că reumatizmul cronic se poate vindeca prin simpla apariție a sindromului lu Basedow, ca în cazul lui Ménard.

Există de altfel și cazuri de sindromul lui Basedow, ce pot beneficia de tratamentul tiroidian. In acestea probabil nu e vorba de o hiperfuncțiune, ci de o pervertire a secrețiunei tiroidiane.

Scanned with OKEN Scanner

VI

I. OBSERVAȚIUNE (personală)

Gheorghe Roth, Austriac, tâmplar, 64 ani, intră în Spitalul comunal „Zerlendi“ la 2 Maiu 1904.

Antecedente hereditare.—Mama sa moartă de un ictus apoplectic, tatăl său mort în urma unui accident. Din partea colateralilor nimic de remarcat.

Antecedente personale. — In copilărie a suferit de febră intermitentă. La 21 ani a avut variolă. Dela această vârstă până la etatea de 57 ani a fost pe deplin sănătos. Neagă maladiile venerice. A locuit până la această vârstă în case sănătoase. Tot la etatea de 57 ani a suferit de un edem al gambei și al piciorului drept, fără a putea preciza care a fost cauza acestui edem. A fost tratat în spitalul Colțea.

Istoricul boalei. — Bolnavul acuză drept cauză a maladiei sale, locuirea timp de 2 ani, dela 57 ani și până la 59 ani a vârstei sale, într'o cameră umedă și nesănătoasă. A început a avea dureri în articulațiunile genunchiului și a gleznei drepte. Aceste dureri au devenit din ce în ce mai supărătoare, făcându-i mersul dificil, așa că bolnavul a fost silit să-și părăsească în mare parte ocupațiunile sale și să lucreze numai lucruri ușoare. Timp de 3 ani de zile își ducea boala pe picioare, fără a se căuta.

La etatea de 62 ani (în Iunie 1903), ne spune că a intrat la Spitalul Filantropia în serviciul Domnului Profesor Nanu Muscel, unde i s'a pus diagnosticul de sciatica dreaptă. După 12 zile este concediat din cauza închiderei serviciului. Scurt timp după aceasta i se tumefiază din nou întreg membrul inferior drept, îi apare și o erupțiune, pe care nu ne o poate descrie, și este nevoit să reintre din nou, după două luni de ședere acasă, în serviciul D-lui Prof. Dr. Nanu-Muscel. După 2 luni de ședere în spital este con-

Scanned with OKEN Scanner

cediat, ameliorându-se starea sa; totuşi, simţea o jenă în mers în dreptul articulaţiunei coapsei.

La 10 Noembrie 1903 se îmbolnăveşte de tuse şi intră la spitalul Colţea, în serviciul d-lui Prof. Dr. Stoicescu, unde i s'a pus diagnosticul de Bronchită şi Emfizem pulmonar. După 8 zile este concediat.

Dela această dată începe a simţi dureri mari în articulaţiunile membrului inferior drept. Mersul începe a deveni dificil din cauza flexiunei gambei pe coapsă, flexiune care se pronunţă din ce în ce mai mult. La 2 Maiu 1904, data intrărei în Spitalul comunal „Zerlendi", bolnavul nu mai putea umbla deloc.

Mai înainte de a i se administra tratamentul tiroidian, se procede la un examen amănunţit care ne revelă următoarele:

Starea prezentă. — Bolnavul de constituţie bună, sistemul osos, muscular şi ţesutul adipos, bine dezvoltate. El e destul de gras. Mersul bolnavului e absolut imposibil, bolnavul păstrează vecinic patul în decubitus dorsal,ţinându-şi continuu gamba dreaptă flexată pe coapsă, formând un unghiu ascuţit de 30°—40°. Coapsa e în uşoară flexiune pe bazin. Bolnavul şezând la marginea patului îşi ţine membrul inferior drept în aceiaşi poziţiune ca şi cum ar fi culcat. Inteligenţa e perfect conservată. Nu are nici o turburare de sensibilitate generală obiectivă. Subiectiv însă, bolnavul acuză *o senzaţiune intensă de frig. Pielea este uscată. Bolnavul declară că nu transudă nici odată.* Vederea nu e turburată. Reflexele cutanate abdominale se produc foarte bine. Reflexul cremasterian se produce. Reflexul patelar este abolit în dreapta, în stânga e puţin exagerat. Nu are semnul lui Babinski, nici trepidaţie epileptoidă. *Pielea membrelor inferioare e rece.*

Membrul inferior drept are flexiunea gambei pe coapsă, formând un unghiu foarte ascuţit.

Articulaţiunile genunchiului şi a gleznei din partea dreaptă sunt mai mărite de volum ca cele similare din stânga. Tendonul bicepsului formează o coardă marcându-se bine sub tegumente. Extensia membrului inferior drept e imposibilă. Mişcările articulaţiunilor gleznei şi a genunchiului din partea dreaptă sunt foarte limitate, din partea stângă sunt mai libere. Se simt crepitaţiuni. Mişcările degetelor dela piciorul drept sunt immobile, nu poate executa nici o mişcare. Muşchii coapsei drepte sunt foarte tari la palpaţiune. Acelaşi lucru observăm şi la muşchii gambei drepte, în plus sunt atrofiaţi.

La palpaţiune găsim întreagă articulaţie a gleznei, genunchiului şi a coapsei drepte dureroase. Aceste dureri punea pe pacient în imposibilitate de a face cea mai mică mişcare şi silindu-l să

petreacă noaptea veghind. El căuta de multe ori a-şi lua poziţiuni în aşa mod ca durerile să fie diminuate, anume se aşeza pe partea sănătoasă şi căuta să-şi exagereze flexiunile. El nu putea suporta plapoma, căci cea mai uşoară atingere de regiunea bolnavă, îi producea dureri foarte mari. Aceste dureri erau foarte pronunţate pe timpurile umede şi nouroase.

Ca puncte dureroase avem: faţa internă şi externă a articulaţiei genunchiului drept, în spaţiul popliteu, în dosul maleolelor externe şi interne.

Tot prin palpare se observă că mărirea de volum a articulaţiunilor, ar ţine în mare parte de tumefacţiunea ţesuturilor periarticulare. Nu se simte nici o fluctuaţiune, nici şocul rotulei.

Aparatul respirator.—Se aude la ascultaţie câteva raluri bronchice groase.

Aparatul circulator.—Vârful cordului bate în al 5-lea spaţiu intercostal, bătăile sunt slabe. Nici un suflu pe la orificii. Pulsul este slab, abia se simte, 74 bătăi pe minut.

Corpul tiroid normal.

Nimic din partea tubului digestiv.

Nimic anormal din partea ficatului.

Splina nu e percutabilă.

Rinichii nu se simt prin palpaţie.

Urina variază între 1500—2000 gr. E foarte turbure, se depune la fundul vasului un sediment albicios. Coloarea urinei e galben închis.

Nu are albumină, nici zahăr.

Densitatea variază între 1017—1020.

Nimic de remarcat la organele genitale.

Bolnavul cântăreşte 71 kgr.

In ziua de 2 Septembrie 1905, se începe tratamentul cu corp tiroid, în doze variind între 0 gr. 50—1—1½ gr. Organul este adus cât se poate de proaspăt şi i se administra acoperit de un strat de pulvere de zahăr. Urina bolnavului se trimite la Laboratorul comunal de Chimie, spre a se analiza cantitatea de acid fosforic şi uree şi a se face şi dozarea calciului. Analiza e făcută de D. Dr. Stinghe, chimist.

Urina trimeasă are un aspect foarte tulbure, se depune în fundul vasului un sediment albicios. Culoarea urinei e galbenă-închis.

Scanned with OKEN Scanner

DATA	Cantitat. urinei în 24 ore	Densitatea urinei	Numărul pulsaţiilor pe minut	Cantitatea de corp tiroid ingerată	Greutat. corpului	Observaţiuni
2 Septembrie 1905	1700 gr.	1020	74	0.50 gr.	71 kgr.	**Rezultatul analizei urinei** Urea . . . . = 13.77 Acid fosforic . = 2.06 Calcea . . . . = 0.068
3 „ „	2000 „	1017	77	0.50 „	—	
4 „ „	1350 „	1020	78	0.50 „	—	Bolnavul ne spune că în timpul nopţei a nădușit foarte mult. Se simte foarte mult uşurat, mai ales din partea membrului inferior drept, putând dormi liniştit şi mişcările mai uşoare.
5 „ „	1650 „	1022	74	„ „	—	
6 „ „	2200 „	1017	78	„ „	70 kg. 500	
7 „ „	2200 „	1016	83	„ „	—	
8 „ „	950 „	1024	85	„ „	—	Urina foarte tulbură, cu miros amoniacal.
9 „ „	1650 „	1020	68	1 gram	—	
10 „ „	2200 „	1016	75	1 „	—	
11 „ „	3200 „	1015	78	1 „	—	Urinele au miros fetid amoniacal.
12 „ „	3000 „	1015	73	1 „	—	
13 „ „	1650 „	1019	73	1 „	71 kg. 300	Urina e limpede, neexalând nici un miros amoniacal; de culoare galbenă deschis.
14 „ „	2600 „	1012	72	1 „	—	Urina de culoare galbenă închis. tulbure şi fără depozit.
15 „ „	1700 „	1020	78	1 „	—	Urina tulbure, culoare galbenă închis. Sensaţiunea de frig nu mai este aşa de intensă.
16 „ „	1450 „	1017	79	1 „	—	
17 „ „	2200 „	1015	70	1 „	—	
18 „ „	1800 „	1019	67	Nefiind corp tiroid	—	
19 „ „	2000 „	1016	80	Nu i s'a dat nefiind	—	Urina de culoare galbenă deschisă şi puţin tulbure.
20 „ „	1450 „	1020	66	1 gram	71 kgr.	
21 „ „	1650 „	1019	64	1 „	—	Transudă în timpul nopţii.
22 „ „	2000 „	1023	68	1 „	—	
23 „ „	1250 „	1021	74	1 „	—	
24 „ „	2050 „	1015	78	1 „	—	Urina limpede. — culoare galbenă deschis.
25 „ „	2650 „	1014	74	1 „	—	
26 „ „	1800 „	1014	73	1 „	—	
27 „ „	1900 „	1014	73	1 „	—	
28 „ „	1700 „	1020	72	1 „	—	
29 „ „	2000 „	1019	75	1 „	70 kgr.	Urina clară, aproape normală, nu exală nici un miros.
30 „ „	1450 „	1012	69	1 „	—	
1 Octombrie 1905	2700 „	1010	68	1 „	—	
2 „ „	2300 „	1020	70	1 „	—	

DATA	Cantitat. urinei în 24 ore	Densitatea urinei	Numărul pulsaţiilor pe minut	Cantitatea de corp tiroid îngerat	Greutat. corpului	Observaţiuni
3 Octombrie 1905	1950 gr.	1022	73	1 gram	—	Senzaţia de frig a dispărut
4 „ „	2100 „	1022	73	1 „	—	Durerile articulare au mai diminuat, perzistă acele ale articulaţiei coxofemurale drepte.
5 „ „	1500 „	1010	78	1 „	—	
6 „ „	1150 „	1020	80	1 „	—	
7 „ „	2000 „	1020	79	1 „	—	
8 „ „	1500 „	1020	80	1 „	—	
9 „ „	2100 „	1010	81	1 „	70 Kg 500	Bolnavul declară că mişcările articulaţiei genunchiului drept sunt mai uşoare, asemenea această articulaţie care era foarte mult mărită, s'a mai micşorat.
10 „ „	1800 „	1020	81	1 „	—	
11 „ „	1700 „	1020	80	1 „	—	
12 „ „	1600 „	1020	79	1 „	—	
13 „ „	1900 „	1030	73	1 „	—	
14 „ „	1900 „	1020	72	1 „	—	
15 „ „	1800 „	1020	73	Nu i s'a dat	—	Bolnavul pe la orele 9 seara observă că piciorul drept îl înjunghie, producându-i nişte înţepături. A 2-a zi se scoală cu un edem pronunţat al întregului picior propriu zis şi dureri pronunţate în dreptul art. tibio-tarsienă. I se pune comprese cu apă de plumb. Edemul tot mai perzistând i se face pansamente cu Salicitat de metil şi Balsam tranquil părţi egale până la 24 Octombrie, când edemul piciorului drept a dispărut complect.
16 „ „	2300 „	1020	76	Nu i s'a dat	—	
17 „ „	2000 „	1020	72	„	—	
18 „ „	1900 „	1019	67	„	—	
19 „ „	1950 „	1020	64	„	—	
20 „ „	1800 „	1020	65	1 gram	—	
21 „ „	2000 „	1019	63	1 „	—	
22 „ „	2100 „	1019	71	1 „	70 Kg 500	
23 „ „	2000 „	1020	61	1 „	—	
24 „ „	1950 „	1018	67	1 „	—	
25 „ „	1950 „	1019	69	1 „	—	
26 „ „	2000 „	1020	63	1 „	—	
27 „ „	1900 „	1020	70	1 „	—	Urinele sunt limpezi.
28 „ „	2000 „	1019	74	1 „	—	
29 „ „	1900 „	1015	66	1 „	—	
30 „ „	1800 „	1010	84	1 „	—	
31 „ „	1700 „	1020	80	1 „	—	

Scanned with OKEN Scanner

DATA	Cantitat. urinei în 24 ore	Densitatea urinei	Numărul pulsaţiilor pe minut	Cantitatea de corp tiroid ingerată	Greutat. corpului	Observaţiuni
1 Noembrie 1905	1100 „	1010	84	1 gram	71 kgr.	
2 „ „	1800 „	1010	70	1 „	—	Mişcările degetelor de la piciorul drept au devenit mobile, poate executa flexiunea şi extensiunea.
3 „ „	1200 „	1020	92	1 „	—	
4 „ „	1400 „	1017	70	1 „	—	
5 „ „	1950 „	1015	72	1 „	—	Urina este tulbure galben deschis.
6 „ „	2000 „	1016	79	1 „	—	
7 „ „	1700 „	1010	87	1 „	—	Bolnavul începe a face extensia cu mai multă înlesnire, nu însă complect. Nu mai acuză că tendonul biceps îl împedică de a întinde gamba
8 „ „	2250 „	1010	90	1 „	—	
9 „ „	1600 „	1020	84	1 „	70 Kg^{500}	
10 „ „	2000 „	1010	83	1 „	—	
11 „ „	1200 „	1010	83	1 „	—	
12 „ „	1600 „	1018	81	Nu i s'a dat nefiind	—	
13 „ „	1800 „	1020	80	1 gram	—	
14 „ „	1650 „	1020	80	1 „	—	
15 „ „	2200 „	1013	78	1 „	—	
16 „ „	1200 „	1021	80	1 „	—	
17 „ „	1400 „	1020	84	1 „	—	
18 „ „	2000 „	1020	86	1 „	70 Kgr	Rezultatul analizei de urină Acid uric . . . = 0.40 Acid fosforic . . = 0.58 Calcea . . . . = 0.12 Din eroare s'a dosat Acid uric în loc de uree. De aceia am făcut la 11 Oct. 1906 o nouă analiză a ureei, supunând mai înainte pe bolnav la trat. tiroidian. Rezultatul analizei este de 31 gr. 667 la 1850 gr. urină cu densitatea de 1018.
19 „ „	1300 „	1017	86	1 „	—	
20 „ „	1600 „	1020	81	1 „	—	Urina este tulbure.
21 „ „	950 „	1020	76	1 „	—	Urina este limpede, de culoare citrină.
22 „ „	2100 „	1011	81	1 „	—	
23 „ „	1400 „	1020	79	1 „	69 kg.^{650}	
24 „ „	2000 „	1018	69	1 „	—	
25 „ „	1800 „	1020	80	1 „	—	
26 „ „	2200 „	1020	68	1 „	—	Mişcările artic. genunchiului şi a gleznei din dreapta au devenit mai libere, bolnavul umblă prin saloane cu cârji sau sprijinit pe la mărginile paturilor.
27 „ „	1200 „	1022	80	1 „	—	
28 „ „	2400 „	1012	84	1 „	—	
29 „ „	3000 „	1012	89	1 „	—	
30 „ „	2000 „	1015	90	1 „	—	

DATA	Cantitat. urinei în 24 ore	Densitatea urinei	Numărul pulsaţiilor pe minut	Cantitatea de corp tiroid îngerat	Greutat. corpului	Observaţiuni
1 Decembrie 1905	1800 gr.	1010	84	1 gram	—	
2 „ „	1600 „	1016	72	1 „	—	Bolnavul simte căldură la membrele inferioare şi transudă une-ori.
3 „ „	1400 „	1018	75	1 „	—	
4 „ „	1900 „	1016	77	1 „	—	Urina este tulbure.
5 „ „	2000 „	1018	75	1 „	—	
6 „ „	1600 „	1014	79	1 „	—	
7 „ „	1400 „	1018	86	1 „	—	Durerile au dispărut aproape cu totul, perzistă însă puţine dureri în articulaţia coxofemurală dreaptă. Doarme foarte bine fără să acuze nici o durere.
8 „ „	1800 „	1020	73	1 „	—	
9 „ „	1850 „	1018	82	1 „	—	
10 „ „	1200 „	1020	83	1 „	—	Urina este tulbure.
11 „ „	3000 „	1015	89	1 „	—	
12 „ „	2200 „	1012	82	1 „	—	Urina este puţin tulbure.
13 „ „	1800 „	1018	80	1 „	—	
14 „ „	2200 „	1018	88	1 „	—	Idem
15 „ „	1400 „	1010	70	1 „	—	
16 „ „	2200 „	1019	84	1 „	—	
17 „ „	1650 „	1020	94	1 „	—	
18 „ „	1675 „	1017	83	1 „	—	Urina clară, citrină.
19 „ „	1250 „	1019	89	1 „	—	
20 „ „	2000 „	1019	82	1 „	—	
21 „ „	1800 „	1014	88	1 „	—	
22 „ „	2200 „	1018	80	1 „	—	
23 „ „	1600 „	1019	84	1 „	69 kg. 600	
24 „ „	1650 „	1019	86	Nu i s'a dat nefiind	—	
25 „ „	900 „	1015	84	„	—	
26 „ „	1575 „	1011	80	„	—	
27 „ „	2400 „	1015	84	„	—	
28 „ „	1800 „	1018	76	„	—	
29 „ „	1750 „	1020	78	1 gram	—	
30 „ „	2000 „	1012	79	1 „	—	Urina e clară.
31 „ „	2300 „	1011	80	1 „	—	
1 Ianuarie 1906	1800 „	1018	84	1 1/2 gr.	69 kg. 500	
2 „ „	2300 „	1012	72	1 1/2 „	—	
3 „ „	1850 „	1011	77	1 1/2 „	—	
4 „ „	2200 „	1018	78	1 1/2 „	—	Urina e limpede.
5 „ „	1600 „	1015	80	1 1/2 „	—	
6 „ „	850 „	1020	78	1 1/2 „	—	
7 „ „	2500 „	1012	72	1 1/2 „	—	
8 „ „	2450 „	1012	75	Nu i s'a dat uefiind	—	Se suspendă corpul tiroid din cauza aducerei în mod neregulat.
9 „ „	1400 „	1019	74	Nu i s'a dat nefiind	—	

Din tabloul aci alăturat se poate vedea după un tratament de 4 luni şi câteva zile, rezultatul admirabil obţinut prin administrarea corpului tiroid. In timpul acesta de 4 luni, numai o singură dată s'a întrerupt tratamentul timp de 5 zile dela 15 Octombrie până la 20 Octombrie, celelalte mici întreruperi sunt datorite aducerii corpului tiroid puţin cam neregulat. Dela 7 Ianuarie 1906, am fost forţat cu destul regret să întrerup acest tratament din cauza negăsirei de corp tiroid.

Rezultatul obţinut după acest tratament este următorul:

Senzaţiunea de frig a dispărut cu totul. Durerile cari la început erau insuportabile au diminuat incetul cu încetul. Bolnavul care la început nu putea dormi deloc din cauza durerilor, are un somn foarte liniştit, putându-se culca şi pe partea dreaptă, îşi întinde întru câtva membrul inferior drept, lucru pe care înainte nu-l putea face. Tegumentele au devenit moi, transudă când umblă ceva mai mult. Asemenea au dispărut durerile în timpurile umede şi nouroase,

Stând la marginea patului sau pe scaun, bolnavul atinge podeala cu întreaga talpă a piciorului drept,

Mişcările articulaţiilor au devenit mai libere, poate din cauza dispariţiei durerilor, ceeace îl determină să încerce să se dea jos din pat şi să umble prin saloane cu cârje sau sprijinindu-se pe la marginea paturilor să colinde saloanele pe care nu le-a văzut nici odată dela intrarea lui în Spital.

Mai întâiu sub influenţa tratamentului mersul era puţin cam dificil şi pacientul obosea lesne. Aceste mişcări a început a le face abia după un tratament de 2 luni jumătate. După 6 luni bolnavul a început a umbla prin saloane cu mai multă uşurinţă şi chiar fără cârji şi prin luna Iunie 1906 bolnavul începe a umbla prin grădina şi curtea spitalului. la început sprijinit pe cârje şi după un timp oarecare căpătând mai multă siguranţă in mers, umbla sprijinit pe un baston. Astăzi poate umbla şi fără baston.

Mărirea de volum a articulaţiunilor genunchiului şi a gleznei din partea dreaptă, în urma tratamentului a diminuat într'atâta în

cât a egalat aceste articulaţii cu similarile din partea stângă.

Extensiunea membrului inferior drept se face cu mai multă înlesnire, nu însă complect din cauza opunerei ce o fac muschii din regiunea posterioară a coapsei. Opunerea e însă mult mai mică ca la începutul boalei.

Tot ca urmare a tratamentului au dispărut punctele dureroase dela articulaţiunile genunchiului şi a gleznei din partea dreaptă, puncte ce se găseau prin palpare.

In rezumat, e vorba de un bolnav, ce prezintă dureri articulare violente, lipsa de transudaţiune, senzaţiunea constantă de frig şi diminuarea cantităţei de uree eliminată, asemănarea relativă a acestui caz cu cazurile publicate de către Domnii Profesori Lancereaux şi Paulescu, Hertoghe, Viala, Claisse, Parhon şi Papinian, Levi şi Rothschild, etc., cazuri aproape identice, unde printr'un tratament tiroidian într'adevăr specific, durerile au diminuat în mod simţitor şi au dispărut aproape în mod complect, nemai venind nici pe timpurile umede şi nouroase. Bolnavul este foarte mulţumit de acest tratament, mişcările i-au devenit mai libere şi probabil că dacă tratamentul acesta s'ar fi întrebuinţat dela început, pacientul n'ar fi devenit un infirm.

Acest efect aşa de apreciabil al tratamentului tiroidian şi care se menţine încă după 2 ani şi 5 luni dela încetarea tratamentului, trebue pus de sigur pe contul accelărerei însemnate a schimburilor nutritive, care reese destul de bine din analizele urinelor, în care se vede că urea şi acidul fosforic au crescut în mod însemnat sub influenţa tratamentului.

Acest caz devine şi mai interesant prin faptul că acest infirm de meserie tâmplar şi-a putut reîncepe meseria sa după 4 ani de imposibilitate de a şi-o putea exercita începând a lucra reparaţiuni de biurouri, poleituri, faceri de cutii de lemn. etc. anume tot ce se referă meseriei lui. Lucra cu cea mai mare plăcere şi bolnavul se simţea mult mai bine când lucra, zicând că aceste mişcări îi fac bine, căci altmintrelea îi se înţepeneşte piciorul, dacă stă în loc.

Domnul Dr. Goilav, şeful serviciului dela Spitalul comunal „Zerlendi“ văzând că acest bolnav din infirm cum era devine folositor spitalului, se decide prin luna Aprilie să-i cumpere sculele necesare unei tâmplării, înfiinţând chiar un atelier de tâmplărie.

Acest bolnav lucra 6 ore pe zi fără să obosească. Ca obiecte lucrate peutru spital menţionăm: un dulap solid, 5 paravane. o scară, etc.

Acelaşi efect asupra schimburilor nutritive l'am observat într'un

al doilea caz, pe care neputându-l trata în mod suficient, nu-i dăm observaţia în extenso, voi spune numai că şi la acesta sub influenţa tratamentului. *urea a crescut dela 8 gr. 64 la 37 gr. 250 iar acidul fosforic dela 0 gr. 86 la 1 gr. 05.* In acelaş timp, senzaţiunea de frig pe care o prezintă şi acest bolnav, dispare în timpul tratamentului şi mişcările devin mai libere. Bolnavul e foarte mulţumit de tratament şi îl reclamă el însuşi cu inzistenţă.

II

OBSERVAŢIA D-lor Prof. D-r Paulescu şi D-r Parhon

(Rezumat)

D-na S. . . de ani 55.

Antecedente ereditare. Părinţii artritici; tatăl astmatic şi hemoroidar. Mama reumatizantă.

Antecedente personale. Fenomene manifeste de artritism: migrene, epistaxis, ameţeli, dispepsie nervoasă.

Menopauză la 47 de ani.

Istoricul boalei. La vârsta de 44 ani, în urma unei vii emoţii, pacienta are dureri articulare la ceafă şi în articulaţia tibiotarsienă dreaptă, dureri cari perzistă timp de 1 lună, şi cari, sunt însoţite de o senzaţie anormală de frig, de şi temperatura ambiantă era ridicată (luna August).

In timpul iernei durerile reapar în aceleaşi articulaţiuni şi în plus afectă articulaţia genunchiului de aceiaşi parte, articulaţiile degetelor mânei şi radio-carpiene drepte. De asemenea mai târziu şi ale mânei stângi.

In anii următori, ele se generalizează la genunchi, la coate, la umeri, la articulaţiunile sterno-costale, costo-vertebrale şi intervertebrale. Ca tratament a făcut fără succes băi la lacul Sărat, la Govora, la Slănicul din Prahova. Preparaţiile salicilate 'i calmează durerile,

Starea prezentă. Toate articulaţiile sunt tumefiate, extremităţile osoase sunt îngroşate şi deformate, mai ales genunchii, coatele şi mâinile;—ligamentele retractate sau relaxate. Un ţesut moale având consistenţa lipomatoasă sau fongoasă, înconjoară încheeturile şi este dureros la palpaţie. Nu există edem propriu zis. Atrofie musculară foarte accentuată sensibilitatea normală. Pielea subţire,

Scanned with OKEN Scanner

albă şi foarte fină. Corpul tiroid normal. Arterele normale. Puls 80 (medie).

Pacienta are dureri spontanee, mai ales în timpul nopţei. Dimineaţa, ea este cu totul impotentă; apoi încetul cu încetul, după fricţii şi masagii, câteva mişcări devin posibile. Nu poate coase, nici scri; nu poate să se spele, nici să se peptene; se ridică cu mari greutăţi de pe fotoliul în care îşi petrece zilele şi d'abia poate face câţi-va paşi, curbată şi văitându-se.

In această stare se afla când i-am prescris Iodur de potasiu (2 gr.) asociat cu arsenic. (Lichidul Fowler 10 picături) şi pentru combaterea durerilor alternativ aspirina şi antipirina (3 gr.)

In urma acestui tratament, starea pacientei s'a ameliorat în mod considerabil. Durerile au diminuat şi au dispărut; Articulaţiile s'au desumflat. Pacienta, care era confinată în un fotoliu, a putut să'şi reia ocupaţiile prin casă şi chiar să facă preumblare pe stradă.

Ameliorarea însă a fost temporară, căci după 2 ani, surveni o criză acută generalizată, care puse bolnava la pat, într'o stare de impotenţă absolută.

Imobilizată în pat; articulaţia genuchiului drept enorm tumefiată şi foarte dureroasă. Articulaţia tibiotarsienă dreapta de asemenea e tumefiată, dar mai puţin ca cea de la genunchii. De asemenea articulaţia radio-carpienă dreapta e dureroasă şi tumefiată ca şi cele mai multe din articulaţiile degetelor. Toate aceste articulaţii ca şi a cotului drept sunt dureroase, atât spontaneu, cât şi atunci, când încercăm să le mobilizăm. In stânga, articulaţia cotului, cea radio-carpienă şi cele ale degetelor sunt afectate de asemenea, dar într'o mai slabă măsură şi mişcările voluntare, cari în partea dreaptă sunt aproape nule, sunt aci mai bine păstrate.

Această criză fu foarte rebelă medicaţiunilor—salicilate şi iodurate — şi cum pacienta se îndruma spre caşexie, am recurs la tratamentul tiroidian sub formă de iodotorina lui Baumann, care a produs o oare-care ameliorare, fără totuşi să dea rezultatul la care m'aşteptam.

Atunci am rugat pe D-l Dr. Parhon să prepare un extract glicerinat de corp tiroid din care o parte glandă şi 4 părţi glicerină. Pacienta a luat câte o linguriţă pe zi şi în acelaş timp şi lichidul Fowler câte 4—5 picături la fiecare masă. A luat în total vr'o 700 grame, din această maceraţie cu pauze de 3—4 zile, la 30—40 zile odată. Această medicaţie tiroidiană asociată cu revulzia sub formă de puncte de foc asupra articulaţiilor bolnave, au drept efect o ameliorare repede a stărei generale şi locale.

Sub influenţa acestui tratament, starea bolnavei se ameliorează în mod considerabil, durerile se micşorează; diferitele tumefacţiuni

Scanned with OKEN Scanner

articulare diminuă, rămânând totuşi un oare-care grad de împăstare a ţesuturilor, mai ales în regiunea genunchiului drept, în partea internă a articulaţiei. Mişcările revin în mare parte afară de acelea cari sunt imposibile din cauza unei anchiloze reale. Bolnava începe să se ridice şi apoi să se dea jos din pat şi să meargă sprijinită de altcineva, apoi cu bastonul şi în fine singură.

Din nou îi fu posibil să descindă scările şi să facă preumblări pe stradă.

Din nefericire, pacienta simţindu-se ameliorată, întrerupe tratamentul şi câtva timp după aceia, o nouă criză acută o readuse în starea de mai înainte.

Ca fenomene importante survenite în timpul tratamentului, e de notat :

1) *transpiraţia*, care s'a stabilit în urma administraţiei iodurului şi care până atunci lipsise.

2) *Dispariţia senzaţiei de frig*, în urma medicaţiunei tiroidiane şi înlocuirea ei cu *senzaţie de căldură*.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI

Intr'un mare număr de cazuri de reumatizm cronic, tratamentul tiroidian dă rezultate foărte satisfăcătoare, putând merge până la vindecarea bolnavilor.

Se poate prevede, că administrat de timpuriu acest tratament, ar putea evita deformaţiunile şi anchilozele articulare, cari fac din aceşti bolnavi nişte adevăraţi infirmi.

Acest tratament trebue condus cu prudenţă, supraveghind starea pulsului şi greutatea bolnavului.

O accelerare prea mare a pulsului, (peste 110) sau o descrestere prea însemnată a greutăţei, trebue să ne facă a diminua doza, sau a întrerupe tratamentul pentru cât-va timp.

Doza întrebuinţată poate varia, între câte-va centigrame şi 1—2 grame pe zi de glandă proaspătă, sau cantitatea de glandă uscată bine preparată, sau extract glicerinat, corespunzătoare, începând totdeauna cu doze mici şi încercând susceptibilitatea bolnavului.

Bolnavii atinşi de reumatizm cronic prezintă adesea ori simptome de hipotiroidism. Reumatizmul cronic se ameliorează în timpul sarcinei, când există un hipertiroidism fiziologic; de asemenea sub

Scanned with OKEN Scanner

influenţa sindromului lui Basedow considerat în general ca un sindrom de hipertiroidism.

Aceste fapte îndreptăţesc opiniunea autorilor, după care în patogenia unor cazuri de reumatizm cronic, trebue să ţinem seamă de o alteraţiune a funcţiunilor tiroidiane, mai cu seamă în sensul unei insuficienţe relative a acestor funcţiuni.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei,
Prof. Dr. N. Paulescu.

Decanul Facultăţei
Prof. Dr. Thoma Ionescu

In afară de subiectul tezei, candidatul este obligat a răspunde la orice chestiune medicală, ce i se va pune de către juriul de promoţiune.

Scanned with OKEN Scanner

TABLA DE MATERIE

Pagina

Un cuvânt înainte.

Introducere 3

I. Istoric 7

II. Documentele ce sprijinesc idea unui raport între glanda tiroidă şi reumatizmul cronic şi justifică tratamentul tiroidian în acest sindrom . . . 24

1⁰ Argumente terapeutice 24

2⁰ Fapte experimentale 26

3⁰ Fapte clinice 28

4⁰ Fapte anatomo-patologice. 29

III. Cum se prezintă în Clinică reumatizmul cronic tiroidian? 32

IV. Cum noţiunea reumatizmului cronic tiroidian se împacă cu un oare-care număr de date care privesc istoria acestui reumatizm 34

1⁰ Din punct de vedere etiologic . . . 35

2⁰ „ „ „ „ clinic 38

3⁰ „ „ „ „ patogenic . . . 39

V. Modul de întrebuinţare a opoterapiei tiroidiane. Modul de acţiune al acestui tratament şi contraindicaţiunile sale 52

VI. Observaţiuni 57

VII. Concluziuni. 69

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI

No. 1029.

METOADA LUI KLAUSNER

ca

MIJLOC DE DIAGNOSTIC ÎN SIFILIS

T E Z Ă

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINA ŞI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ LA 28 JUN 1908

DE

MARIA ST. COEMGIOPOL

EXTERNĂ A SPITALELOR EFORIEI, VACCINATOARE COMUNALĂ, PROFESOARĂ DE MASAJ LA ŞCOALA DE INFIRMIERE «SPRIJINUL»

BUCUREŞTI

Institutul de Arte Grafice şi Editură «MINERVA»
B-dul Academiei, 3 – Str. Edgar Quinet, 4
1908

Scanned with OKEN Scanner

Decanul: D-nul Profesor Dr. Thoma Ionescu

Profesori:

Clinica III-a chirurgicală	D-l	Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	»	»	*Athanasescu N.*
Anatomia patologică Bacteriologia şi patologia experimentală	»	»	*Babeş V.*
Clinica a II-a medicală	«	»	*Buicliu Chr.*
Medicina experimentală	»	»	*Cantacuzino I.*
Medicina operatorie	»	»	*Demosthene Ath.*
Clinica şi teoria obstetricală	»	»	*Drăghiescu D.*
Anatomia topografică şi Clinica II chirurgicală	»	»	*Ionescu Th.*
Farmacologia şi clinica terapeutică	»	»	*Măldărescu N.*
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	»	»	*Manolescu N.*
Clinica boalelor nervoase	»	»	*Marinescu Gh.*
Medicina legală	»	»	*Minovici M.*
Fizica medicală	»	»	*Miculescu C.*
Istologia normală şi Embriologia	»	»	*Obregia Al.*
Fiziologia umană	»	»	*Paulescu N.*
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	»	»	*Petrini-Galatz M.*
Anatomia descriptivă	»	»	*Petrini Paul*
Patologia generală	»	»	*Proca Gh.*
Patologia chirurgicală, bandaje şi aparate de fracturi	»	»	*Rômniceanu Gr.*
Clinica I-a chirurgicală	»	»	*Severeanu C.*
Zoologia medicală	»	»	*Sihleanu St.*
Igiena şi poliţia sanitară	»	»	*Sion V.*
Clinica I-a medicală	»	»	*Stoicescu Gh.*
Clinica mentală	»	»	*Sutzu Al.*
Terapeutica experimentală	»	»	*Theohari A.*
Clinica infantilă	»	»	*Thomescu C. N.*
Patologia medicală	»	»	*Thomescu T. I.*
Botanica medicală	»	»	*Vlădescu M*

Agregaţi:

Clinica boalelor oto-rino- laringologice	D-l	Dr.	*Felix Eug.*
Farmacia chimică şi galenică	»	»	*Georgescu M.*
Anatomia topografică	»	»	*Gerotă D.*
Chimia analitică	»	»	*Minovici Şt.*
Clinica III-a medicală	»	»	*Nanu-Muscel I.*

JURIUL DE PROMOŢIUNE

Preşedinte: D-nul Profesor Dr. **I. CANTACUZINO**

Membrii: » » » STOICESCU.
» » » BUICLIU.
» » » OBREJA.
» » » J. TEOHARI.

Suplinitor: » Docent » I. BRUCKNER.

Facultatea consideră opiniunile exprimate în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprimă, nici aprobare, nici dezaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Faptul că am ales acest subiect îl datorez mai întâi d-lui Profesor Cantacuzino şi în urmă interesului ce mi-a prezentat sero-diagnosticul în sifilis; pe de altă parte cât de paradoxal părea metoada şi principiul pe care se bazà d-rul Klausner, m'a decis să reiau lucrările sale în metoada şi reacţiunea de precipitare dată ca specifică în sifilis.

Am căutat să am un număr suficient de observaţiuni, de aceea am recurs la bunăvoinţa d-lor Profesori şi şefi de serviciu ai Spitalelor, cărora le aduc mulţumirile mele. Cazurile de sifilis au fost luate în cea mai mare parte din serviciul d-lui dr. Petrescu (Spitalul Brâncovenesc), altele din serviciul d-lui dr. Anghelovici, precum şi din serviciul d-lui dr. Catopol (Spitalul Militar).

Făcând un examen comparativ cu reacţiunea de precipitare în maladiile infecţioase, mi-am procurat cazurile din serviciul d-lui dr. Grozovici, d-lor Profesori Stoicescu, Nanu-Muscel, Nicolae Tomescu şi d-lui dr. Mirinescu.

Voi intrà în subiect făcând un mic istoric, de acì

Scanned with OKEN Scanner

trec la technica întrebuințată, voi expune tablourile cu observațiunile și în sfârșit concluziunile.

Inainte însă mă simt datoare și rog pe d-l Profesor I. Cantacuzino, să-mi permită a-i arătà slabele mele mulțumiri și cultul înalt ce-l am pentru ilustrul și savantul profesor, pentru omul de cea mai sublimă elită sufletească.

Și pentrucă este vorba de calități superioare sufletești nu pot să uit pe d-șoara dr. Ecaterina Arbore, amintirea ei îmi va fi dulce și scumpă; deși departe totuș veșnic o voi aveà în minte ca un exemplu sfânt.

Scanned with OKEN Scanner

II.

ISTORICUL

Se ştie din fisiologie că globulinele din sânge se disolvă într'o soluţiune salină, diluând însă această soluţiune globulinele precipită prin apă distilată.

Klausner făcând un amestec de ser şi apă destilată în proporţie de 2 cm. c. ser sifilitic şi 7 cm. c. apă distilată, a observat după 15 ore dela amestec, uneori chiar mai curând, un depozit floconos şi a considerat aceasta ca specific serului sifilitic servindu-i ca ser diagnostic.

Această precipitare o atribue cantităţei mai mari de globulină ce se află în serul sifilitic sau unei precipitări mai repezi a globulinelor ca în stare normală. A făcut aceiaşi reacţiune şi în alte maladii, unde uneori, zice, că a dat precipitat foarte puţin şi care dispărea într'o soluţiune mai concentrată adică: 2 c. m. c. ser la 6 c. m. c. apă destilată, pe când în sifilis precipită şi în această soluţiune.

Acestea au fost comunicate în Wiener Klinische Wochenschrift No. 7 şi 11.

Scanned with OKEN Scanner

In urma acestui articol apare în aceiaşi revistă No. 12, o cercetare a d-rului Fritz şi O. Kren, unde controlează reacţiunea de precipitare a serului sifilitic cu apa destilată după metoada lui Klausner.

Experimentând cu 24 cazuri de sifilis, de 13 ori reacţiunea a fost negativă, de 11 ori precipitatul s'a produs; de unde deduce nespecificitatea acestui sero-diagnostic.

Scanned with OKEN Scanner

III.

TECHNICA INTREBUINŢATA

Prepararea bolnavului. Punem bolnavul în decubitus dorsal, pentru a prevenì o sincopă, legăm braţul la un lat de mână deasupra plicei cotului, facem asepsia riguroasă a regiunei spălând plica cotului cu săpun, apă şi perie sterilizată, alcohol aether, iar cu siringa Roux extragem 10 c. m. c. sânge din vena mediană bazilică. Sângele îl punem într'un tub prealabil sterilizat. Facem un pansament aseptic la plica cotului.

Prepararea serului. Sângele după ce a fost lăsat 3 ore la termostat, îl trecem la rece. După 24 ore culegem serul, iar de nu este clar îl centrifugăm 10—15 min.

Amestecul. Din acest ser facem un amestec cu apă distilată sterilizată în următoarele proporţii: 2 părţi ser la 12 părţi apă distilată sterilizată; 2 părţi ser la 7 părţi apă; 2 părţi ser la 5 părţi apă şi părţi egale de apă şi ser.

Amestecul îl punem în tuburi sterile la întuneric şr la temperatura camerei.

După 15 ore de la amestec controlând tuburile

am observat în fundul lor şi pe păretele care ereà mai aplecat un depozit alburiu care prin agitare dădeà un cuagul floconos ce ţineà în suspensiune un precipitat care cade la fund. Acest precipitat ereà mai constant şi mai abundent în tuburile cu proporţia : 12 părţi apă la 2 părţi ser, care mergeà scăzând cu cât soluţiunea ereà mai concentrată. Examinând aceleaşi tuburi însă după 24 ore observăm aceleaşi caractere.

Selecţiunea bolnavilor. Pentru cercetare am avut 88 de cazuri ; 44 de cazuri au fost sifilitici ; alţi 44 cu maladii infecţioase.

Din cele 44 cazuri de sifilis, 29 au fost cu manifestaţiuni secundare ; 8 cu sifilis terţiar ; unul singur sifilis primar şi 6 cazuri de sifilis latent.

Din 29 cazuri sifilis secundar, 15 au fost netratate (13 cazuri au dat precipitat, 2 nu) ; 12 cazuri insuficient tratate (1—4 injecţii cu biiodur hg) din care 10 au dat reacţiunea de precipitare, iar două cazuri nu au dat-o ; alte 2 cazuri de sifilis secundar suficient tratat au dat reacţiunea de precipitare. Deci din 29 cazuri sifilis secundar 25 au dat reacţiunea de precipitare, iar 4 cazuri nu au dat-o.

In toate cazurile de sifilis secundar care au dat reacţiunea de precipitare s'a produs precipitat întotdeauna în tuburile cu 2:12 adică de 25 ori ; în tuburile cu 2:7 s'a produs precipitat numai de 17 ori ; în cele cu 2:5 de 8 ori, iar în cele cu āā de 3 ori.

Bolnavii cu manifestaţiuni terţiare am avut 8,

din care 5 cazuri netratate (unul singur a dat precipitat); alte 3 cazuri de sifilis terţiar tratat (nici unul nu a precipitat). Deci din 8 cazuri de sifilis terţiar unul singur a dat precipitat.

Sifilis primar am avut un singur caz care a fost pozitiv numai în tubul cu 2 părţi ser la 12 părţi apă destilată.

Sifilis latent am avut 6 cazuri, din care 4 cazuri a căror durată infecţiunei este între 1—3 ani şi cari au urmat timp îndelungat tratamentul specific, nu au dat reacţiunea de precipitare. Alte două cazuri de sifilis latent; unul unde durata infecţiunei este 8, ani şi care nu a avut tratament specific a dat reacţiunea de precipitare; altul iarăşi cu reacţiunea pozitivă şi a cărei durată de infecţiune a fost 6 luni în care interval a făcut 12 injecţii cu biiodur Hg. Deci din 6 cazuri sifilis latent numai 2 au fost pozitive.

Ca rezumat avem: din 44 cazuri de sifilis 29 au dat reacţiunea de precipitare iar 15 nu au dat.

Din aceste observaţiuni putem conchide că atunci când infecţiunea este în perioada secundară, reacţiunea de precipitare este mai constantă şi mai abundentă, iar când se află în perioada primară, terţiară sau în stare latentă reacţiunea de precipitare este mai slabă. In acelaşi timp am observat că tratamentul are influenţă asupra precipipitatului: cu cât tratamentul este mai intens, cu atât reacţiunea de precipitare tinde să dispară. Acestea le deduc din cazurile de mai sus, unde cu cât bolnavii au suferit un tratament specific

*

mai intens cu atât precipitatul se observă mai puţin ; precum şi din 2 cazuri de sifilis secundar care înaintea tratamentului au dat reacţiunea de precipitare, iar după ce au urmat un tratament o lună jumătate. (20 injecţii cu biodur. hg 0,03 ctg,) luându-li-se ser şi făcându-li-se din nou reacţiunea, precipitatul nu s'a mai produs.

Am recrutat bolnavi cu maladii infecţioase în a căror anamneză nu s'a găsit sifilis.

Pentru a face un examen comparativ cu maladiile infecţioase am întrebuinţat aceeaşi metoadă ca în sifilis ; prepararea serului fiind aceeaşi, amestecul în aceleaşi proporţii.

Cazurile de maladii infecţioase au fost în număr de 44 adică: *Scarlatină* (8 cazuri: 5 pozitive, 3 negative). Este de remarcat că cele 5 cazuri unde reacţiunea de precipitare s'a produs au fost într'un stadiu mai înaintat al maladiei (între a 10—34 zi); iar cele 3 negative au fost luate între a 2—3 zi a boalei, totuşi în plină erupţie.

Rujeolă. Am avut 7 cazuri (5 pozitive, 2 negative). Cele cinci pozitive se aflau între a 2—6 zi a boalei ; iar cele 2 cazuri negative în 4—7 zi a boalei.

Oreillon. Am avut 6 cazuri, la toate reacţiunea de precipitare a fost negativă. Toate aceste cazuri, când am luat sânge se aflau în a 2—3 zi a boalei.

Erizipel. Am avut 6 cazuri de erizipel ; 4 au dat precipitat (ac. au fost în a 2—5 zi a boalei); alte 2 cazuri (în a 3—5 zi a boalei) nu au dat precipitat.

Scanned with OKEN Scanner

Pneumonie. Am avut 5 cazuri de pnnumonie: 4 cazuri au dat reacţiunea de precipitare (erau în a 3—15 zi a boalei); unul în a 9 zi a boalei nu a dat precipitat.

Tuberculoză. Am avut 6 cazuri de tuberculoză deschisă. Aci am avut 4 cazuri cu reacţiunea de precipitare pozitivă; alte două cazuri negative.

Anginǎ difterică un caz, în a 5 zi. Aci am avut reacţiunea pozitivă.

Anginǎ Vincent un singur caz în a 6 zi a boalei. Nu a dat precipitat.

Scanned with OKEN Scanner

TABLOU

Cu observaţiunile şi rezultatele obţinute din amestecul serului sifilitic cu apă distilată

No. curent	NUMELE şi PRONUMELE	Ani	DIAGNOZA	Durata infecţiunei	Tratamentul urmat: Numărul injecţiunilor mercuriale	Rezultatul amestecului de ser şi apă distilată în proporţiile			
						2/12	2/7	2/5	a ā
1	Ion Oancea	24	Sifilis secundar cu plăci mucoase	3 luni	3 inj. cu Biiod. Hg. 0,03				
2	Vasile Enache	32	Sifilis terţiar cu gome sifilitice	7 ani	3 inj. cu Biiod. Hg. 0,03				
3	Lazăr Grimfeld	36	Sifilis terţiar cu gome sifilitice	3 ani	12 inj. cu Biiod. Hg. 0,03				
4	Ion Constantinescu	18	Sifilis secundat cu plăci mucoase	2 luni	N'a fost tratat				
5	Ion Constantinescu	50	Sifilis terţiar cu gome, afazic	20 ani	N'a fost tratat				
6	Nicolae Radu	35	Sifilis terţiar cu gome sifilitice	13 ani	N'a fost tratat				
7	Partea Gheorghe	28	Sif. terţ cu sifilide tuberc. crust.	nu ştie	N'a fost tratat				
8	Tinca Popa	21	Sifilis secund cu papule sifilitice	2 luni	N'a fost tratat	+			
9	Nicu Nicolau	19	Sifilis secundar cu rozeolă	2 luni	N'a fost tratat				
10	Constantin Iosif	19	Sifilis latent	1 an	40 inj. cu Biiod. Hg. 0,03				
11	Panu Constantin	23	Sifilis latent	3 ani	70 inj. cu Biiod. Hg. 0,03				
12	Ştefan Ştefănescu	21	Sifilis latent	2 ani	45 inj. cu Biiod. Hg. 0,03				
13	Maria Gheorghiu	26	Sifilis secund. cu papule sifilitice	nu ştie	N'a fost tratat	+	+	+	+
14	Constanţa Ionescu	19	Sifilis secund. cu papule sifilitice	4 luni	N'a fost tratat	+			
15	Mişu Bereşteanu	21	Sifilis secundar cu razeolă	2 luni	N'a fost tratat	+	+		
16	Grigore Nestorescu	35	Sifilis secund. cu papule sifilitice	2 luni	N'a fost tratat	+	+	+	
17	Ion Matei	25	Sifilis secund. cu papule sifilitice	3 luni	N'a fost tratat	+	+		
18	Trifu Mitică	22	Sifilis secund. cu papule sifilitice	3 luni	1 inj. cu Biiod. Hg. 0,03	+	+	+	
19	Ion Barbu	23	Sifilis secundar cu plăci mucoase	4 luni	1 inj. cu Biiod. Hg. 0,03	+	+		
20	Iorgu Gheorghe	22	Sifilis secundar cu plăci mucoase	5 luni	36 inj. cu Biiod. Hg. 0,03	+	+		
21	Zamfirescu Ilie	23	Sifilis sec. cu condiloame anale	—	9 inj. cu Biiod. Hg. 0,03	+	+		

Scanned with OKEN Scanner

22	Chiriţă Preda	23	Sif. sec. cu condiloane spec anale	2 ani	3 inj. cu Biiod. Hg. 0,03	+				
23	Galan Ilie	—	Sifilis secundar cu plăci mucoase	2 luni	3 inj. cu Biiod. Hg. 0,03	+	+	+		
24	Cristodoresou Constantin	23	Sifilis secundar cu plăci mucoase	1 lună	4 inj. cu Biiod. Hg. 0,03	+	+	+		
25	Iordache Alexandru	29	Sifilis secundar rozeolă	3 luni	N'a fost tratat	+				
26	Constantin Radu	25	Sancru sifilitic şi rozeolă	1 lună	1 inj. cu Biiod. Hg. 0,03	+	+			
27	Constantin Muscan	22	Sancru sifilitic	2 săpt.	1 inj. cu Biiod. Hg. 0,03	+				
28	Costică Constantinescu	21	Sifilis latent	1 an	25 inj. cu Biiod. Hg. 0,03					
29	Alexandru Gheorghe	21	Sifilis latent	6 luni	12 inj. cu Biiod. Hg. 0,03	+				
30	Ivan Dumitru	30	Sif. terţ. cu sifilide tub. crustoase	9 luni	N'a fost tratat					
31	Tudora Meldoveanu	24	Sifilis secundar, papule sifilitice	nu ştie	N'a fost tratat	+	+			
32	Ion Brănescu	31	Sifiiis latent	8 ani	N'a fost tratat	+	+			
33	Nicolae Casner	24	Sifilis secundar, rozeolă	3 luni	N'a fost tratat	+	+	+		
34	Ion Dumitrescu	20	Sifilis secundar cu plăci mucoase	5 luni	N'a fost tratat	+				
35	Marin Mateescu	19	Sifilis secundar cu rozeolă	2 luni	N'a fost tratat	+				
36	Maria Gheorghiu	20	Sifilis secundar cu papule sifilitice	3 luni	N'a fost tratat	+	+	+	+	
37	Maria Mircea	20	Sifilis terţiar cu gomă sifilitică	nu ştie	2 inj. cu salicitat Hg.					
38	Sofia Stoicescu	19	Sifilis secundar cu rozeolă	1 lună	2 inj. cu salicitat Hg.	+				
39	Mihail Simionescu	23	Sifilide tuberculoase	nu ştie	1 inj. cu salicitat Hg.	+	+	+	+	
40	Haralambie Georgescu	26	Sifilis secundar cu rozeolă	2 luni	4 inj. cu sublimat	+	+			
41	Ştefan Ionescu	50	Sifilis secundar cu papule sifilitice	3 luni	1 inj. cu sublimat	+				
42	Ion Dumitrescu	24	Sifilis secundar cu rozeolă	2 luni	4 inj. cu sublimat	+	+			
34	Hristea Dumitru	25	Sifilis secundar cu plăci mucoase	8 luni	5 fricţ. cu unguent cinereum forte					
44	Dumitru Ilie	23	Sifilis secundar cu rozeolă	3 luni	N'are tratament	+	+	+	+	

Scanned with OKEN Scanner

TABLOU

Cu observaţiunile şi rezultatele obţinute din amestecul serului maladiilor infecţioase cu apă distilată

No. curent	NUMELE şi PRONUMELE	Anii	DIAGNOZA	Durata infecţiunei	Rezultatul arreeteculuí de ser şi apă distilată în următoarele proporţ.			
					2/12	2/7	2/5	a ā
1	Stătescu Ştefan	10	Scarlatină	A 10-a zi a boalei	+	+	+	+
2	Savu Neagu	8	Scarlatină	A 20-a zi a boalei	+	+	+	
3	Maria Gheorghe	7	Scarlatină	A 2-a zi a boalei				
4	Victoria Staub	10	Scarlatină	A 3-a zi a boalei				
5	Fănica Ion Gheorghe	14	Scarlatină	A 12-a zi a boalei	+	+	+	
6	Ilinca Ion	6	Scarlatină	A 22-a zi a boalei	+			
7	Mihel Pomeranţ	9	Scarlatină	A 34-a zi a boalei	+			
8	Maria Ionescu	7	Scarlatină	A 2-a zi a boalei				
9	Ena Bozocea	9	Rujeolă	A 4-a zi a boalei				
10	Constantin Ionescu	18	Rujeolă	A 7-a zi a boalei				
11	Vasile Ionescu	20	Rujeolă	A 6-a zi a boalei	+	+	+	
12	Veta Marniescu	16	Rubeolă	A 4-a zi a boalei	+	+	+	
13	Petre Făgărăşeanu	7	Rujeolă	A 3-a zi a boalei	+			
14	Maria Rădulescu	7	Rujeolă	A 6-a zi a boalei	+	+		
15	Mihai Loti	6	Rujeoja	A 2-a zi a boalei	+			
16	Zamfir Ion	18	Oreillon	A 2-a zi a boalei				
17	Dragomirescu Gheorghe	12	Oreillon	A 2 a zi a boalei				
18	Nuţescu Eduard	15	Oreillon	A 2-a zi a boalei				
19	Saltea Ştefan	18	Oreillon	A 2-a zi a boalei				
20	Dumitru Busuioc	10	Oreillon	A 3-a zi a boalei				
21	Ioa Vaian	11	Oreillon	A 4-a zi a boalei				

Scanned with OKEN Scanner

22	Maria Anghelescu	12	Eris. al feţei, torac. şi mem. sup.	A 5-a zi a boalei					
23	Andrei Tudor	34	Erisipel al feţei	A 3-a zi a boalei					
24	Prodan Vasile	45	Erisipel al feţei	A 5-a zi a boalei	+				
25	Carolina Schneisler	23	Erisipel al feţei	A 2-a zi a injecţiei	+	+			
26	Ana Lauge	18	Erisipel al feţei	A 3-a zi a injecţiei	+	+			
27	Victoria Schrager	26	Erisipel al feţei	A 3-a zi a injecţiei	+	+			
28	Ion Constantinescu	9	Pneumonie	A 3-a zi a injecţiei	+				
29	Ion Lupa	25	Pneumonie	A 15-a zi a boalei	+	+			
30	Artur Schmutver	28	Pneumonie	A 9-a zi a boalei					
31	Ivan Gheorghe	30	Pneumonie	A 7-a zi a boalei	+				
32	Clara Davidescu	23	Pneumonie	A 5-a zi a boalei	+				
33	Maria Mareta	20	Tuberculoză gradul al III-lea	?	+				
34	Maria Roman	23	Tuberculoză gradul al III-lea	?	+				
35	George Miteşea	19	Tuberculoză gradul al III-lea	2 ani	+	+			
36	Constantin Şapcă	19	Tuberculoză gradul al II-lea	1 an	+	+	+		
37	Gheorghe Şerban	32	Tuberculoză gradul al II-lea	2 ani					
38	Oreste Georgescu	19	Tuberculoză gradul al II-lea	1 an					
39	Maria Andronescu	16	Angină difterică	A 5-a zi a boalei	+	+			
40	Elena Mihai	19	Angină vincent	A 6-a zi a boalei					
41	Tudora Radu	26	Febră tifoidă	A 15-a zi a boalei	+	+	+	+	
42	Sofia Vasile	36	Febră tifoidă	A 3-a săptămână a boalei	+				
43	Constantin Leonte	22	Reumatizm poliarticular acut		+	+	+	+	
44	Dumitru Gheorghe	28	Reumatizm poliarticular gonoc.	A 7-a zi a boalei.	+	+	+		

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI

I). Din 44 cazuri de sifilis, precipitarea globulinelor din ser prin apă destilată a fost pozitivă în 29 cazuri, negativă în 15 cazuri.

II. Proporţia maximă de cazuri pozitive se observă în perioada secundară (25 cazuri pozitive din 29 cazuri sifilis secundar). Singurul bolnav atins de sifilis primar a dat un rezultat pozitiv. Din 8 cazuri de sifilis terţiar unul singur a fost pozitiv. Din 6 cazuri de sifis latent, două numai au dat reacţiunea de precipitare.

III). Din 44 cazuri de diferite infecţiuni generalizate (scarlatină, rugeolă, oreillon, erizipel, pneumonie, tuberculoză, difterie, tfebră tifoidă, gonococie) precipitarea prin apă destilată s'a produs în 27 de cazuri rămânând 17 cazuri negative.

Cazurile negative aparţin infecţiunilor incipiente, fenomenul precipitaţiunei fiind aproape constant când boala se află într'o fază mai înaintată a evoluţiunei sale.

IV). Atât în cazurile de sifilis cât şi în alte infecţiuni, precipitaţiunea s'a produs abundent şi în mod constant atunci când proporţia amestecului a fost 2 părţi ser la 12 părţi apă destilată. In

Scanned with OKEN Scanner

aceleaşi cazuri atât abundenţa cât şi constanţa precipitărei merg descrescând pe măsură ce se micşorează proporţia de apă destilată.

V). Reacţiunea preconizată de Klausner ca fiind specifică în sifilis n'are nici un caracter de specialitate. Ea se observă în aceleaşi proporţiuni în diverse infecţiuni generalizate.

Văzută şi bună de imprimat.

Preşedintele tezei
Prof. Dr. **I. Cantacuzino**

Decanul Facultăţei de Medicină
Prof. Dr. **Toma Ionescu**

In afară de subiectul tezei, candidatul este obligat a răspunde la orice chestiuni medicale, ce i se vor pune de către juriul de promoţiune.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

FRITZ UND. KREN Ueber den Wert der Serumreaktion bei Syphilis nach Porges Meier und Klausner. Wien. Klinisch. Wochen. No. 12, 1908.

KLAUSNER (E. Dr.) Vorläufige Mitteilung über eine Methode der Serum diagnostik bei Lues. Wien. Klinisch. Wochen. No. 7 şi 11, 1908.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1030.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CANCERULUI INTESTINULUI GROS

(FĂRĂ RECT.)

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la 27 Junie 1908

DE

RADUCANU I. CORNĂȚEANU

BUCUREȘTI
TIPOGRAFIA THOMA BASILESCU
Strada Cazărmei 89
1908

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI

DECAN: D-L PROF. DR. IONESCU TH.

PROFESORI:

Clinica III chirurgicală	D-l D-r	*Angelescu C.*
Chimia medicală	„ „	*Athanasescu N.*
Anatomia patologică	„ „	*Babeş V.*
Bacteriologie şi patologie experimentală		
Clinica II medicală	„ „	*Buicliu Chr.*
Medicina experimentală	„ „	*Cantacuzino I.*
Medicina operatoare	„ „	*Demosthene Ath.*
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	*Drăghiescu D.*
Anatomia topografică	„ „	*Ionescu Thoma*
Clinica II chirurgicală		
Farmacologie şi clinică terapeutică	„ „	*Măldărescu N.*
Oftalmologie şi clinică oftalmologică	„ „	*Manolescu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „	*Marinescu G.*
Fizica medicală	„ „	*Miculescu C.*
Medicina legală	„ „	*Minovici M.*
Istologie normală şi embriologie	„ „	*Obrejea Al.*
Fiziologie umană	„ „	*Paulescu N.*
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	*Petrini-Galaţi*
Anatomia descriptivă	„ „	*Petrini-Paul*
Patologie chirurgicală, bandaje şi aparate de fracturi	„ „	*Rômniceanu Gr.*
Clinica I Chirurgicală	„ „	*Severeanu C.*
Zologia Medicală	„ „	*Sihleanu St.*
Igienă şi poliţia sanitară	„ „	*Sion V.*
Clinica I. Medicală	„ „	*Stoicescu Gh.*
Clinica Mentală	„ „	*Şutzu Alex.*
Terapeutica experimentală	„ „	*Teoharie A*
Clinica infantilă	„ „	*Thomescu N. C.*
Patologia medicală	„ „	*Thomescu I. T.*
Botanică medicală	„ „	*Vlădescu M.*
Patologia generală	„ „	*Proca G.*

AGREGAŢI:

Clinica boalelor Oto-rino-laringologice	D-l D-r	*Felix. Eug.*
Farmacia chimică şi galenică	„ „	*Georgescu M.*
Anatomia topografică	„ „	*Gerota D.*
Chimia analitică	„ „	*Minovici St.*
Clinica III medicală	„ „	*I. Nanu Muşcel*

JURIUL DE PROMOŢIUNE

Preşedinte,: D-nul Profesor D-r. THOMA IONESCU

Membrii:
- D-nul Profesor D-r *Severeanu C.*
- „ „ „ *Demosthene Ath.*
- „ „ „ *Anghelescu C.*
- „ Agregat „ *Gerota D.*

Suplinitor, Docent, *Racoviceanu-Piteşti*

Facultatea consideră opiniile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima nici aprobare, nici desaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Tratamentul chirurgical al cancerului grosului intestin, rămas multă vreme în întârziere, în urma frumoaselor rezultate obţinute de şcoală germană, de Mikulicz, Zimmermann între alţi, a permis să se practice un număr important de operaţiuni, unele paliative, altele radicale, dând rezultate din cele mai satisfăcătoare.

Prin facerea unui diagnostic precoce şi prin punerea la timp a indicaţiunilor operatorii, se pot practica operaţiuni utile ca: Enteroanastomoza, esclusia, radicale resecţie, prelungind cu mai mulţi ani viaţa bolnavilor sau scăpându-i definitiv de lesiunea canceroasă.

Reunind un-spre-zece observaţii de cancer al grosului intestin, operate de D-nu Prof. Thoma Ionescu, şi încă altele opt, operate de D-nu Prof. C. Angelescu, de D-nu Prof. C. Severeanu şi D-nu Nanu Gheorghe, am voit să adun la sfârşitul acestei lucrări, câte-va materialuri româneşti şi să arăt starea actuală a chirurgii grosului intestin, la noi.

Aduc viile mele mulţumiri D-lui Prof. Thoma Ionescu şi D-lui Dr. Daniel, pentru buna-voinţă ce au avut încredinţându-mi acest subiect.

ISTORICUL

Intervenţiuni asupra intestinului gros d'abia în ultimul secol a început a se face, de când Thiersch urmând pe Reybard din Lyon, pe la anul 1843 dă o nouă împulsiune şi deschizând o eră nouă angajează pe toţi chirurgi la intervenţiuni de resecţie a intestinului.

Pe la 1854 Maisonneuve pentru prima oară face enteroanastomoza şi este urmat la 1863 de Hachen şi Adelman. La 1883 Wölfer, Billroth 1882, apoi se succed o mulţime de chirurgi ca Bardenheur, Salzer.

In 1881 în Franţa d'abia începe atari intervenţiuni, în serviciul lui Hardy, Périer face un anus iliac într'un cancer al S. iliac.

D-r. Haussman face un studiu pe la 1883 de anathomie pathologică asupra grosului intestin.

Un nou caz de intervenţiune întâlnim la 1888, Piqué face o enterectomie într'un caz de obstrucţie.

König în 1890 raportează asupra a 14 cazuri de intervenţiuni asupra diferitelor porţiuni din intestinul gros.

Phocas în 1899 raportează asupra unui caz fără recidivă după opt luni.

I. Boas, în acelaş an, face un raport asupra 15 cazuri de intervenţiuni în caz de cancer al colonului.

Wkörte face un raport asupra a două-spre-zece cazuri cu şease morţi, intervenţiuni făcute asupra colonului transvers şi descendent.

Ewald raportează asupra a cinci-zeci de cazuri, de cancer al

colonului, arătând că se desvoltă mai mult în lungime de cât în lăţime.

Lardennois în 1900 arată progresele chirurgiei asupra intestinului gros. La al 27-lea congres de chirurgie german, Gussenbauer şi Von Brahman au raportat in serii remarcabile rezultate, în ce priveşte intervenţiunile asupra intestinului gros.

Quénu şi Landel, raportează asupra unui caz de polipoză a intestinului gros cu resecţia a 38 de cm. şi un anus ilac.

Tuffier în 1900 raportează asupra unui caz de ileosigmoidostomie observaţia lui Charur d'Angers.

In 1901 întâlnim în «Revue de chirurgie» un studiu complect asupra cancerului intestinului gros făcut de De Bovis.

De Bovis raportează asupra 41 cazuri de enteroanastomoză cu esclusie cu 12 decese, 4 vindecări de 6, 7, 8 şi 10 ani, fără recidivă.

Quénu a prezintat 4 observaţii, comunicate de M. Brin d'Angers, Gillis şi Imbert. Primele cazuri ale lui M. Brin au fost urmate de un mort ; în cele două cazuri din urmă, resecţia a fost urmată de succes.

Goullioud, prezintă două cazuri de intervenţiuni, pentru un cancer al S. iliac şi al valvulei ileocoecale.

Souligoux, raportează asupra a trei cazuri de cancer al intestinului gros. Mikulicz din Breslau, face un raport asupra a 100 cazuri şi preconisează enterectomia în doi timpi.

Niemach ; Descoperă o nouă formă de cancer zis polipos la o familie întregă.

H. Hartmak la congresul de chirurgie 1903 descrie exclusia şi formele ei.

Terrier, Gosset, Lance arată succesele esclusii cu mortalitate de 15,8%.

Monprofit, arată conduita ce trebue ţinută în timpul intervenţiei în cancer.

Terrier, susţine enteroanastomoza în caz de obstrucţie.

Boracz. In cazuri de fistule preexistente preconisează exclusia totală.

C. Girard, Maire, P. Mauclaire raportează fiecare diferite intervenţiuni.

Bosquette insistă asupra frecvenţi cancerului la tineri.

Pauchet, raportează asupra a 17 cazuri, cu diferite intervenţiuni insistă asupra enterectomii într'un singur timp, în can-

Scanned with OKEN Scanner

cerul necomplicat de esclusie şi o anastomoză laterală ileo-sigmoidiană in cele complicate. Hochenegg partisan al coloec-tomiei în doi timpi.

La noi în ţară s'au făcut intervenţiuni de asemenea natură de către D-nii Profesori Dr. Thoma Ionescu, Prof. C. Severeanu şi Profesor Dr. C. Angelescu. Apoi D-nu Dr. Nanu Gheorghe şi D-nu Dr. Poenaru Căplescu.

Dau în teza mea observaţiile din diferitele servicii pe timp de 14 ani din serviciul D-lui Prof. Dr. Thoma Ionescu şi Prof. C. Severeanu şi pe timp de 5 ani din serviciul D-lui Prof. C. Angelescu.

ASPECTUL CLINIC AL CANCERULUI GROSULUI-INTESTIN

Principale simtome, forme clinice şi complicaţiuni pe care se bazează interveţiunea chirurgicală.

Inainte de a intra în studiul tratamentului chirurgical al cancerului intestinului gros, este util de a arăta fizionomia clinică generală a acestei afecţiuni, de a cunoaste toate particularităţile pathologice ce se întâlnesc la aceşti bolnavi, de a poseda cunoştinţe complecte asupra diferitelor forme anathomoclinice, accidente şi complicaţiuni cele putem întâlni în practică.

In adevăr, dacă în unele cazuri şi putem zice că acestea sunt cele mai rari, se întâlneşte la acelaş bolnav, istoria clinică întreagă a cancerului intestinal, la alţii corespunzând la majoritatea cazurilor; existenţa unui singur simptom sau a unei complicaţiuni, ne va permite să facem diagnosticul.

Şi tocmai aicia stă interesul chirurgical şi prin urmare operator al tumorilor intestinului gros; că în cazurile când simptomatologia să găseşte complect, la acelaş bolnav, tumora e de multe ori inoperabilă, trebue deci spre a aduce un serviciu real acestor bolnavi, să descoperim afecţiunea canceroasă la debutul său, la aparitiunea primului simptom sau complicaţiuni patente,

Pentru a satisface aceste cerinţe, vom da o descriere sumară a principalelor fenomene clinice, ce să întâlnesc în timpul evoluţiunei cancerului intestinului gros, vom descompune acest studiu în trei capitole.

a) Studiul simptomelor în general al cancerului grosului-intenstin.

b) Studiul principalelor forme şi varietăţi clinice, datorite la predominenţa unui singur simptom sau grupe de simptome.

c) O enumerare a diferitelor complicaţiuni care pot de multe ori apare ca simptom precursor sau revelator al cancerului grosului intestin.

I. Semnele cancerului intestinului gros în general

Aceste semne se pot grupa în funcţionale, fizice şi generale.

1. **Semne funcţionale.** *Durerea.* Din numărul de observaţii culese din diferite servicii, reiese că primul semn în cancerul intestinului gros, este durerea, începe dela o senzaţie de gâdilire, apoi ciupituri până la adevărate colici, cari apar în urma unui efort, în urma unui traumatism sau în urma unei defecaţiuni. Sediul dureri, variază după localizarea leziunilor alte ori acest sediu este foarte bizar.

Alt semn e următorul : *Constipaţia sau alternative de constipaţie şi diaree.* Acest simptom e caracterizat prin suprimarea scaunelor şi din cauza retenţei materiilor fecale, e însoţit de greaţă, vărsături, la uni această constipaţie e foarte uşoară, la alţii devine opiniatră. Acest semn există în multe din observaţiile noastre, alte ori consecutiv unei constipaţiuni apare diareea sau se pot succeda în mod alternativ.

Diareea se observă în cancerul intestinului gros, mai ales în cancerul cecului, se vor constata prezenţa scaunelor lichide, foarte dese şi uneori sanguinolente, urmate de greaţă, vărsături, sughiţuri, colici, tenesme, acest semn l'am întâlnit în observaţia I-a şi XI-a.

Un alt semn de mare valoare este hemoragiile intestinului gros. Se observă mai rar în observaţiile noastre, când apare însoţit de celelalte simptome înlesneşte punerea diagnosticului

In prima perioadă, greaţa, varsăturile, lipsa poftei de mâncare, digestiile grele fac totalitatea turburărilor gastro-intestinale.

Lipsa poftei de mâncare merge până la refuzul de a se alimenta, desgust de unele alimente cum e carnea şi mâncările grase.

Vărsăturile pot fi *mucoase*, alimentare, bilioase, la început au miros fecaloid şi apoi conţin materii fecale, pot lua caracterul

de incoercibile ; vărsăturile fecaloide se observ mai ales în obstrucţie şi ocluzie.

Febra. Evoluţia cancerului e apyretică, sunt însă cazuri în care s'au observat febră, aşa în cazul lui Lecène simulând o febră tifoidă, un alt caz în care s'a observat febra neoplasică într'un caz al lui Homans. In observaţia XIII-a la pacienta din această observaţie, maladia a debutat prin febră.

Hemoroizi. Cancerul intestinului gros, poate fi însoţit de hemoroizi, în observaţia XII-a, hemoroizi sunt datoriţi constipaţici de care suferea şi stazei venoase consecutivă acestei constipaţiuni.

2 **Semne fizice.**—*Inspecţia*, inspecţia ne poate folosi prea puţin, numai când tumora e prea voluminoasă, când proemină abdomenul atunci poate servi.

Peristaltism şi meteorism. Se observă numai în obstrucţie şi ocluzie intestinală. Deşi în observaţia lui Graaf s'a putut constata la un bolnav care n'avusese nici un simptom ca greaţă, vărsături sau distinderea abdomenului.

Palpaţia. Prin palpaţie putem simţi tumora, ne dăm seama de forma şi de volumul ei, mai uşor la persoanele slabe, mai greu la cele grase. Contracţia, balonamentul opun la exploraţia manuală şi digitală un obstacol foarte serios.

In ce priveşte cancerul colonului ascendent şi descendent ne putem da seama mai uşor, însă în cancerul colonului transvers din cauza multiplicităţi variaţiunilor anatomice face exploraţia mai dificilă. In acest caz se recomandă palpeu în poziţie înclinată a basinului. In cancerul colonului pelvian, Hartman recomandă examenul în poziţie ridicată a basinului, din cauza variabilităţei ansei pelviene, care complică determinarea sediului acestor tumori în cancerul colonului pelvian. In caz când peretele abdominal e prea rezistent la palpaţie recurgem la anesthezie prin cloroform.

Forma tumori. Tumora poate presinta, diferite forme, rotundă ca pumnul, denotă că a păstrat forma intestinului.

Câte odată ia forma unei coarde ca în tumorile stercorale. Suprafaţa acestor tumori poate fi netedă, regulată alte ori neregulată, plină de nodosităţi.

Volumul. Cât priveşte volumul e foarte variabil; de la mărimea unei mandarine poate ajunge până la mărimea unui cap de făt. Pentru a ne da seama de volumul tumori, întrebuin-

ţăm palpaţia. In caz când palpaţia ecsagerează durerile prin presiune, durerile fiind insuportabile vom face uz de anesthezie cu cloroform.

Mobilitatea. Mobilitatea ne serveşte spre a ne 'ncredinţa dacă tumora n'are aderenţe cu organele vecine şi de aceasta ne dăm seama prin palpaţie. Mobilitatea servă ca indicaţiune în operaţie.

Ewald, susţine că mobilitatea nu poate servi ca indicaţie operatorie, caci s'au văzut tumori prea mobile care să nu fie extirpabile.

Totuşi în majoritatea cazurilor mobilitatea e un indiciu favorabil.

Insuflaţia. Un mijloc prin care ne putem da seama de existenţa unei tumori, este insuflaţia stomacală sau rectocolică care se poate face în acelaş timp sau succesiv, pentru insuflaţia stomacală tubul lui Faucher şi pentru cea recto-colică o sondă rectală şi prin ajutorul unei pare de cauciuc ; ast-fel se vede desemnându-se trajectul grosului intestin sub perete, un traseu dermografic ne permite a fixa acest traiect şi ne putem da seama de existenţa şi volumul tumori.

Examenul materiilor fecale . Proba lui Weber.

Examenul materiilor fecale contribue foarte mult la punerea diagnosticului, când există vre-o îndoială din partea celoralte semne funcţionale sau fisice.

Weber a arătat un mijloc foarte bun prin care ne putem da seama de existenţa sângelui în materiile fecale.

Proba lui Weber, consistă în a dilua o mică cantitate de materie fecală, după aceea filtrăm, lichidul filtrat se agită cu ether, se adaogă o treime acid acetic glacial, se adaogă apoi X gute de tinctură gaiac şi XX până la XXX picături de esenţă terebentină, amestecul se colorează în albastru violet dacă există sânge.

Examenul bacteriologic al materiilor fecale. Este foarte important, când esităm intre o tuberculosă sau cancer al intesţinului gros. Existenţa bacilului Koch ne poate pune pe calea diagnosticului.

Semne generale.— *Anemia.* Se întâlneşte foarte des, din cauză că aceşti bolnavi pord foarte mult sânge în timpul scaunelor împreună cu materiile flecale.

Slăbirea. Slăbirea bolnavilor care ajung până la caşecsie să

datoreşte pe de o parte refuzului de a se alimenta, desgustul cel au pentru unele alimente ca ; de carne şi de mâncărurile grase ; pe de alta din cauza intoxicaţiunei cronice, produsă de constipaţiunile rebele, ce obsedează pe aceşti bolnavi.

Ascita. Se poate observa de şi este foarte rară, în observaţia XIX-a, se poate vedea un caz, pacienta face o uşoară ascită cât timp a stat în spital.

II. Forme şi varietăţi clinice

După modul cum simptomele descrise mai sus se grupează între-ele sau chiar după predominenţa unui singur semn ; cancerul grosului intestin apare în clinică sub diferite varietăţi, pe care le vom descri după Jouffray în următoarele forme :

1. **Forma cecală sau diareică.** — Această varietate o întâlnim foarte des în cancerul cecului, nu esclude însă celelalte părţi din intestinul gros. Se caracterisează, prin scaune lichide abundente, mucoase sau sângerânde, survin cu sau fără dureri, însoţite de vărsături, greaţă. Tumoră aparentă mobilă la început, se imobilisează în urma aderenţelor contractate, slăbirea bolnavului până la caşecsie.

Jouffray. confirmă această formă cu 12 observaţiuni, 9 asupra cecului şi trei asupra colonului ascendent şi descendent. Observaţia I-ia din numărul de observaţii luate din serviciul d-lui Prof. Thoma Ionescu, presintă un cancer al colonului descendent, care a debutat prin diaree.

2. **Forma dyspeptică.** — După Jouffray forma dispeptică se poate împărţi în două varietăţi :

a). Prima formă dispeptică cauzată prin stercoremie formă studiată de König se caracterizează prin lipsa pofti de mâncare, vărsături, halenă fetidă, miros fecaloid, caşecsie.

b). A doua formă dyspeptică datorită localizări neoplasmului şi în special pe colonul transvers, symptome ca şi în cancerul stomacului din care cauză i-se mai zice şi formă gastrică, ca symptome avem vărsături fecaloide, distensiunea pântecelui, sughiţ, râgâeli şi tumora e greu de apreciat, insuflaţia poate fi utilă. In următoarele observaţiuni II-a, III-a, VI-a, VII-a, IX-a, XII-a din serviciul d-lui Prof. Thoma Ionescu boala a debutat cu atari symptome, aceste observaţiuni se pot grupa în cadrul celei ale a doua formă, cât şi observaţiile-

XIII-a, XIV-a din serviciul d-lui Prof. Angelescu şi observaţia IX-a din serviciul d-lui Prof. Severeanu.

3. **Forma cu constipaţie şi obstrucţie.** — Această formă să întâlneşte mai ales în cancerul S. iliac, nu esclude nici cecul nici restul intestinului gros, debutează prin două perioade, una de constipaţie şi a doua cu crize de obstrucţie, în această ultimă perioadă să declară dureri ecsagerate cu simptome bizare, cu suprimarea scaunelor ; criză foarte dureroasă de la câteva ore la câteva zile. Vărsături alimentare, bilioase sau fecaloide. Tumora nu este apreciabilă. Câte o dată o evacuare abundentă pune sfârşit scenei de constipaţie, apoi din nou constipaţie şi în cele din urmă survine criza de oclusie.

In observaţiile a III-a şi V-a culese din serviciul D-lui Prof. Thoma Ionescu şi XV-a din serviciul d-lui D-r Nanu Gheorghe, bolnavi au venit cu fenomene de oclusie : In observaţia X-a a d-lui D-r Poenaru, bolnavul vine cu aceleaşi fenomene, însă prima perioadă acestei forme clinice şi-a făcut-o acasă; venind în serviciu cu fenomene de oclusie, ultima perioadă acestei forme clinice.

4. **Forma cu oclusie intestinală.** — Această formă o întâlnim în cancerul latent al intestinului care debutează prin o uşoară constipaţie fără dureri, oclusia fiind primul debut.

Aci simptomul principal e vărsăturile alimentare, bilioase, apoi fecaloide, şi însoţite de hemoragii.

De Bovis, afirmă că acest simptom poate lipsi cu cât localizarea tumori se face într'o ansă intestinală mai în apropierea colonului pelvian. Observaţia IV-a din serviciul d-lui Prof. Thoma Ionescu şi a XIX-a din serviciul d-lui Prof. Severeanu, relatează asupra a doi indivizi care au venit cu fenomene de obstrucţie.

5. **Forma clinică datorită la simpla reacţiune asupra stărei generale.**— Debutul în această formă, să petrece fără fenomene alarmante şi se observă o slăbire a individului, fără a cunoaşte cauza şi ajunge la emaciare complectă. Alte ori să observă o anemie, o paliditate a feţi cu aspect verzui, cu turburări gastrice ; uneori se aud sufluri cardiace. Presintăm două observaţii, prima observaţiea VI-a din Serviciul D-lui Profesor Thoma Ionescu cu metastază can-

ceroasă a ficatului şi observ. XVII-a din serviciul D-lui Profesor Severeanu cu metastază generalizată ; Ambi bolnavi se presentau foarte emaciaţi cu facies anemic şi foarte slăbiţi.

6. **Forma inflamatorie sau supurativă.** — Tuffier în «Semaine medicale» din 1904, atrage atenţiunea asupra unui nou mod de debut al cancerului intestinului gros. Raporteză asupra a trei cazuri de cancer al intestinului gros al cărui prim simptom a fost un abces profund. Deosebim şi aci două forme.

a) O formă acută nesupurată, constituind, un uşor puseu inflamator.

b) Forma cu abces sau cu flegmon.

Forma acută nesupurativă debutează prin o durere care se declară brusc, într'una din fosele iliace. Vomismentele lipsesc, scaunele sunt suprimate sau diareice şi fetide, tumefacţiunea limitată sau plastron mult sau mai puţin difus cu temperatură ce să ridică la 39.°

Formă cu abces sau cu flegmon. Această complicaţie vine la tineri de la 15 ani în sus. Câte odată această formă îşi face apariţia prin bruscheţa apariţii fenomenelor inflamatorii fără nici o turburare digestivă anterioară.

Printre simptome vom semnala durerea cu presiune survenind în urma unui sforţ sau mers prelungit.

Simptomele generale sunt mai acuzate, bolnavi slăbesc, i-au aspect palid îşi perd forţele şi consecutiv caşecsia.

Avem abcese, în fosele iliace, abcese periombilicale, abcese lombare cu volum variabil de la un pumn la un cap de făt cu tendinţă la ulceraţiuni către piele sau se poate deschide în stomac, intestin sau vesică; diferite obser. au fost semnalate de Withboúrn, Helferich, Hartman.

Deschidere *în intestinul gros. Obser. Hartman. Teză Jouffray.*

7. **Forma cu Ruptura intenstinului de desuptul strâmtorări şi peritonita generalizată,**—Această formă descrisă de Laënec, Richerand, Helsch în 1892; face un studiu mai complect în 1890 Jaboulay, studiază chestiunea în Teza lui Merlin. De Bovis «Revue de chirurgie» aminteşte de această formă. Apoi se succed o mulţime de lucrări Krentze Gragerty, 1903. Theza Leclerc şi Coste 905, 906 Ruptúrile se fac prin diastază, din cauza distensiuni intestinului; prin perforaţia ulceraţiilor intestiuului. Perforaţia se face pe partea

posterioară a cecului, dar nu esclude posibilitatea perforaţiei în ori ce altă parte a intestinului, complicaţia acestor perforaţiuni e peritonita generalizată.

III. Complicaţiuni

Bolnavii atinşi de cancer al grosului intestin sunt supuşi la o mulţime de complicaţiuni, din cauza raportului ce există între tumoră şi organele vecine.

In obser. VIII-a, se poate vedea ca complicaţiuni, aderenţe cu peretele abdominal, făcând un bloc şi înglobând ansele intestinale.

Din obser. VII-a, se constată, că tumora contractase aderenţe profunde cu organele vecine.

In obser. IX-a, tumora care era situată pe colonul transvers, din cauza aderenţelor cu peretele posterior, nu s'a putut extirpa.

Altă complicaţie poate fi ulceraţiunea ţesutului neoplasic, face să comunice cavitatea abdominală cu exteriorul, fie cu ser, peretele anterior ca în obser. lui Kraussold sau cu peretele posterior (Kolaczek), sau poate comunica cu vesica şi cu alte porţiuni din intestin. Journet, a observat şi abcese fecale datorite fistulelor intestinale.

Aderenţe ale extremităţilor inferioare ale marelui epiploon cu cecul şi ansele intestinale obser. X-a.

Cancerul se poate propaga la organele vecine dând cancere secundare la ficat, splină sau să generalizează în toată masa viscerală, obser. VI-a şi XVII-a.

Generalizarea cancerului la mesenter, ganglionii mesenterici şi peritoneu se poate vedea din obser. III-a şi XIV-a. Reynard 1854, observă o generalizare a cancerului la plămâni.

Alte complicaţiuni de natură mecanică avem oclusia intestinală, modificările pe care le încearcă intestinul în structura şi calibrul său, aci fiind vorba de un cancer care ocupă lumenul intestinului gros, în evoluţia sa strâmtează orificiul intestinului şi materiile fecale îngrămădindu-se îşi măresc consistenţa, măreşte intestinul gros şi obstrucază lumenul intestinal şi de aci mai des alternative de constipaţie şi diaree.

Având o strâmtorare a intestinului, se observă o dilatare a porţiunni care este d'asupra strâmtorări, rezultat al stag-

nări materiilor fecale şi desvoltări gazelor. Apoi urmează distensiunea pereţilor intestinali, cari aduc ca consecinţă, ipertrofia stratului muşchiular şi îngroşarea pereţilor.

O altă complicaţie după cum relatează Tuffier, trei observaţiuni la care un flegmon banal, un flegmon perinefretic şi un abces pericolic, complica cancerul intestinului gros.

Le Goupil citează tuberculoza ca complicaţie a cancerului grosului intestin şi susţine legătura strânsă ce există între aceste două afecţiuni.

In urma rupturi intestinului, avem peritonita generalizată prin absorpţia peritoneală.

Scanned with OKEN Scanner

INDICAȚIUNI ȘI CONTRAINDICAȚIUNI GENERALE

Indicațiunile operatorii de cancer al grosului intestin depind de numeroși factori:

1. De existența unuia sau a mai multora din principalele simptome, durere, emoragii, (turburări gastro-intestinale), vărsături, constipație sau alternative de constipație și diaree.
2. De apariția accidentelor de oclusie intestinală.
3. De prezența simptomelor fizice ale cancerului în primele sale faze, traducându-se prin percepțiunea unor tumori de mici dimensiuni, mobile, pe planul anterior al abdomenului și pe peretele posterior.
4. Absența de alterațiuni grave ale stărei generale (slăbiciune înaintată cașecsie), leziuni hepatorenale.

Contraindicațiuni

Există totuși câteva elemente clinice care fac ca tratamentul chirurgical să fie contraindicat intre altele:

1. Vârsta prea înaintată a bolnavului.
2. Starea cașectică cu edeme.
3. Accidentele de ocluzie intestinală înaintată cu intoxicație profundă, cu algiditate puls mic și rapid.
4. De existența unei tumori mari, imobile, aderentă și invadând organele vecine, sau cu focare de generalizare.

Scanned with OKEN Scanner

INDICAŢIUNI SPECIALE ALE DIFERITELOR OPERAŢII PENTRU CANCERUL INTESTINULUI GROS

Ca şi pentru intestinul subţire, după gradul de operabilitate al tumori putem să practicăm, fie extirpaţia totală, radicală a tumori, fie conservarea sa cu restabilirea de anastomoze sau secţiuni, permiţând cursul normal al materiilor intestinale sau punând cancerul în staro de repaos temporar aşteptând o operaţie radicală.

Interveţiunile care se practică astăzi pentru cancerul grosului intestin sunt:

Resecţiunea, anastomozele, esclusia şi anus illac, vom discuta succint în câteva rânduri principalele indicaţiuni ale fiecăreia din aceste interveţiuni; iar în capitolul următor vom studia tratamentul manual propriu zis adică tecnica operatorie.

1. *Resecţiunea* e indicată ori de câte ori, tumora se prezintă cu întregul grup de simptome funcţionale, alte ori un singur simptom poate fi de ajuns, când tumora e mobilă, limitată, fără aderenţe, ne va decide a practica o resecţie. In caz de anemie, de enterocolită suspectă cu turburări intestinale simptomatice, cari par a fi de natură caceroasă, în caz de retresisment neoplasic al grosului intestin cu obstrucţie şi oclusie, vom practica resecţiunea.

2. *Enteroanastomozele* sunt actul terminal al unei resecţiuni sau esclusiuni.

Enteroanastomozele ca operaţiuni aparte, sunt indicate ori de câte ori resecţia e imposibilă şi aceste cazuri le dividem îndouă categori:

a) Când ecsistă o fistulă intestinală, anus contra naturae.

b) In caz de retresisment neoplazic inoperabil.

In cazurile, unde e vorba de tumori inextirpabile şi când re-

zistenţa şi vârsta individului ne autorizâ, vom face entero-anastomoza.

Se poate face o colocolostomie, când segmentul de d'asupra şi dedesuptul tumori se găsesc juxta puse prin o dispoziţie anormală uneia din părţile colonului, fiind vorba de o ptoză a colonului, însă colocolostomia ne obligă de a utiliza segmentul de desuptul tumori, care este anatomiceşte şi fisiologiceşte alterat.

Ileocolostomia ne permite să facem o anastomoză la distanţă mai mare de tumora neoplasică, e utilă în neoplasmul segmentului colonului ascendent.

In tumorile colonului ascendent, transvers şi descendent vom preferi întotdeauna ileosigmoidostomia, mai preferabilă căci prin această anastomoză, materiile fecale nu mai trec peste cicatrice şi e o măsură preventivă contra recidivii. In caz de tumori ale colonului pelvian ileorectostomie.

3. *Esclusia*, ori de câte ori tumora e inextirpabilă, tumoră mare cu aderenţe profunde, imobilă.

Ori de câte ori la elementul neoplasic să adaogă elementul inflamator vom face esclusia, ea poate precede resecţia şi poate servi ca operaţiune paliativă în tumorile grosului intestin. În urma interventiuni prin ridicarea elementului inflamator, edemul şi aderenţele reducându-se, fac ca o tumoră care părea inoperabilă să fie abordabilă pentru o resecţie.

Aşa vom cita două cazuri în care esclusia a servit ca operaţiune paliativă în cancerul grosului intestin.

Un caz al lui Roskochny face o escluzie în caz de o tumoră a cecului şi a colonului ascedent şi intervenind din nou pentru a închide o fistulă, constată că tumora era mobilă şi aderenţele dispărând, a aplicat resecţia în acest caz.

Un alt caz al lui Roux face o escluzie şi după opt luni face o resecţie a tumori care coprindea colonul ascendent, şi o parte din colon transvers. Teză Okinczyc.

Tuffier la un bătrân de 54 de ani, după ce drenează flegmonul profund, la câteva luni face resecţia neoplasmului: «Semaine médicale» 1904.

Colostomia — Anusul iliac e indicat ori de câte ori avem a face cu un bolnav a cărei rezistenţă e foarte mică cu o stare generală gravă, puls mic şi rapid se va face un anus iliac, în caz de cancer al colonului pelvian inextirpabil se va face un anus iliac.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Acest tratament se poate împărţi în tratament preoperator şi technica operatorie.

Tratamentul preoperator. — Cu două sau trei zile mai 'nainte de intervenţiune se va da bolnavului purgative saline pentru a evacua intestinul de materiile fecale şi modificând mucoasa intestinului, spălându-se printr'o abundentă secreţie glandulară.

Pentru a modifica flora bacterienă se va da benzonaphtol 4 grame pe zi, nu se va mai da nimic ca alimente în ultima zi.

2. Se va procede la asepsia câmpului operator care se va face cu săpun şi apă sterilizată frecând păretele anterior al abdomenului timp de aproape o jumătate de oră şi se va şterge câmpul operator cu alcool şi ether.

Anesthesia cloroformică, în timpul cât operatorul va face asepsia mânelor se va face anesthesia bolnavului.

Se va da poziţia înclinată în Trendelemburg:

Operatorul îşi va alege poziţia care-i va conveni mai bine.

Se va procede la alegerea instrumentelor de care va avea nevoe operatorul ca: Bisturii, pense de disecţie, pense cu dinţi, foarfece drepte şi curbe, Depărtătorul Farabeuf, pense de pansament Dr. Prof. Severeanu. Ace Reverdin mari şi mici, ace curbe pentru fire de argint. Ecartorul Dr. Prof. Thoma Ionescu, stâlpi şi suport, sonde canelate mari şi mici, pense hemostatice, clampe drepte şi curbe câte patru, museau patru, Pense Faure, ace Cowper, pensă Gouje pentru tăiat firele de argint şi agrafe Michel pentru păretele abdominal.

Scanned with OKEN Scanner

Technica operatorie. — Consistă în procedeele operatorii ce vom aplica bolnavului atins de cancer al intestinului gros. Tratamentul operator fiind ultima scăpare acelora cari, atinşi de această afecţiune foarte gravă, cer de la noi ajutorul imediat. Vom face o descriere a diferitelor procedee operatorii, ce vom practica după gradul înaintat al evoluţii tumori neoplasice.

1. Colectomia

Operaţiunea de colectomie consistă într'o resecţie. Ea se poate executa după diferite procedee, dintre care vom semnala pe cele curent întrebuinţate şi anume:

A. Colectomia într'un timp. — Această operaţiune coprinde timpi preliminari şi resecţia propriu zisă a porţiunei, de colon interesată.

A'. Timpi preliminari:

a) Laparatomia, care poate fi mediană sau laterală.

b) Exteriorizarea ansei bolnave, liberarea de aderenţe şi scoaterea ei în afara cavităţi abdominale, pe un strat de comprese.

c) Coprostaza, pentru a degaja intestinul de materiile fecale şi a evita infecţiunea; ea se face fie cu nişte clampe Doyen fie prin tuburi de cauciuc, cu care înconjurăm ansa intestinală şi pe ele aplicăm o pensă.

B). *Resecţia.* Acest timp coprinde secţionarea intestinului, a mesentrului şi restabilirea continuităţi intestinului.

a) Secţionarea intestinului se face între două pense aplicate perpendicular sau puţin oblic de partea margini convexe a intestinului.

b) Mesenterul va fi secţionat în unghi şi pe măsură ce secţionăm facem şi emostaza.

c) Reunirea plăgi mesenterului prin puncte de sutură este indispensabilă spre a evita persistenţa unui orificiu.

d) Restabilirea continuităţi intestinului se face prin anastomoză, după unul din multiplele procedee din practica curentă ca:

Enterorafia circulară, care stabileşte continuitatea normală şi fisiologică a intestinului.

Enterorafia longitudinală procedeul Chaput.

Procedeul Jeanel, care constă în secţiuni circulare ca şi în enterorafia circulară, se face o elipsă pe flancul anterior al capătului superior şi a doua elipsă pe flancul posterior al capătului inferior şi care pare a fi cel mai bun.

B). **Colectomia în doi timpi.**—Această operaţiune poartă numele, de operaţiunea lui Hochenegg.

După laparatomie, să imobilează tumora isolată de mesenter, apoi o atrage cu ansa intestinală pe care o fixează în plaga abdominală, care e strâmtată pe cât e posibil şi în caz de obstrucţie se complectează printr'un anus artificial pe capătul aferent al intestinului.

Al doilea timp, adică într'o nouă şedinţă, acest timp coprinde ecsereza neoplasmului cu termocauterul.

Aceasta este considerată ca operaţiune mai puţin mortală.

2. Enteroanastomoza

Operaţia aceasta, a fost practicată pentru prima oară de Maisonneuve; are de scop de a stabili circulaţia materiilor întestinale şi de a înconjura lesiunea care face obstacolul în caz de cancer inextirpabil. Enteroanastomoza poate fi şi timpul terminal al unei resecţii.

Anastomoza se face în afara cavităţi abdominale fie că avem aface cu o esclusie sau o resecţie, se face coprostaza şi apoi să pune în contact cele două anse, se face un surjet seromusculos posterior, se incisează intestinul pe o distanţă de 6—7 c.m. în lungime, se face apoi un surjet în jurul orificiilor, închizând noul orificiu deschis între cele două anse şi termin continuând înainte surjetul sero-musculos, al segmentului posterior, peste aceasta se adaogă un surjet seroseros. Putem, pentru a face anastomoza întrebuiţa butonul Murphy, care se aplică foarte uşor.

Pe cele două anse de anastomozat să pun două fire de mătase care trec perforând toate tunicele şi permite când le vom strânge de a aduce marginile inciziilor intestinale la interiorul scobiturilor butonului.

Butonul Murphy are inconvenientele sale de a da accidente de oclusie, sau de a produce ulceraţiuni şi gangrena intestinului.

Altă manoperă de anastomoză prin bobina de os decalcifiat Mayo Robson, aceasta e ca un mosor, se întroduce între

ambele căpătâe ale intestinului şi se suturează intestinul la nivelul cavităţii mosorului.

Butonul vegetal Landerer, este la fel ca al lui Mayo Robson Bobina lui Hayes cu două suturi, una anterioară şi alta posterioară, bobina formată din os decalcifiat.

Butonul resorbabil al lui Boas de os.

După diferitele anse intestinale, pe care le anastomosăm între dânsele anastomoza poartă diferite numiri.

Anastomoza colocolică, ori de câte ori vom anastomoza între dânsele două anse colice, ori de câte ori avem o ptoză a colonului, are inconvenientul că ne obligă de a face anastomoza cu ansa aşezată dedesuptul tumori care anatomiceste şi fisiologiceste este alterată.

Anastomoza cliocolică, în caz de un neoplasm al colonului ascendent, ne permite de a face o anastomoză la o distanţă mai mare de locul neoplazii.

Monprofit şi elevul său Brin susţine ileosigmoidostomia.

In tumorile colonului ascendent, transvers şi descendent e mai preferabilă. Trebue făcută cu suturi are următoarele avantaje:

1. Materiile fecale nu mai trec peste cicatrice.
2. Recidiva evoluează ca o caşecsie canceroasă.
3. E o măsură preventivă contra recidivi.

3. Esclusia

Esclusia este operaţiunea preferabilă în cazul când tumora e inextirpabilă, tumoare mare şi cu aderenţe profunde.

Termenul de esclusie trebue să se dea atunci când o porţiune a canalului intestinal este esclusă prin întreruperea continuităţi intestinului.

Această esclusie poate fi unilaterală şi bilaterală şi aceasta din urmă poate fi inchisă sau deschisă, după existenţa vre-o unei fistule.

1) **Esclusia unilaterală.**—In esclusia unilaterală se secţionează intestinul d'asupra segmentului ce să propune a esclude şi se anastomoseză capătul superior al ansei tăiate cu restul intestinului de desuptul porţiuni bolnave.

2) **Esclusia bilaterală.**—Se secţionează intestinul d'asupra şi dedesuptul ansei ce voim să escludem, şi în urmă să

anastomoseazâ porţiunea superioară şi inferioară a intestinului şi se poate trata în diferite moduri.

3) Putem să închidem cele două căpătâe ale intestinului şi avem esclusia bilaterală cu închiderea totală.

4) Esclusia bilaterală deschisă, fixăm cele două căpătâe ale intestinului la piele.

5) Esclusia bilaterală cu închidere parţială, închiderea unuia din căpătâele intestinului fixarea celuilalt la piele.

Esclusia unilaterală. — Ca operaţiune coprinde următorii timpi.

1. Incizia peretelui abdominal.
2. Examenul lesiuni.
3. Căutarea căpătâelor aferent şi eferent al ansei ce voim să escludem, capătul superior se caută cu 15 c.m. departe de lesiune.
4. Secţionarea capătului aferent şi închiderea capătului corespondent al ansei excluse. Punctul ales e atras în afara cavităţi abdominale, pe un strat de comprese, ansa e golită, cu degetele se pune un compresor la oare care distanţă.
5. Anastomoza capătului aferent dedesuptul obstacolului, se pun suturi pe cele două căpătâe şi se procede la o entero anastomeză laterală cu capătul eferent.

Esclusia bilaterală.—Coprinde : Incinzia peretelui abdominal, exploraţiunea lesiunilor, căutarea căpătâelor aferent şi eferent al ansei ce voim a esclude.

Secţionarea intestinului. Secţionarea se face d'asupra şi dedesuptul ansei bolnave.

Tratamentul căpătâelor.—Cele două căpătâe se unesc una la alta ca după o enterectomie circulară.

Când unul din căpătâe presintă o fistulă pe traiectul ansei, se reduc cele două căpătâe în abdomen, în caz contrar, le fixăm la piele. Sau să dă drumul la un căpătâi în abdomen şi cellalt îl fixăm la peretele abdominal, pentru aceasta să practică o deschizătură pe una din părţile laterale ale peretelui abdominal, şi trece ansa intestinală prin această deschizătură şi se menţine în această poziţie prin suturi neperforante.

După 24 ore se deschide cu termocauterul.

Esclusia totală închisă practicată de Baracz şi Oobalinski este părăsită.

Vom utiliza esclusia unilaterală şi esclusia totală fistuloasă practicată cu mult succes de Hochenegg 1891.

Scanned with OKEN Scanner

4. Colostomia

Colostomia ca să poată aduce servicii reale bolnavilor, trebue să obţinem evacuarea capătului superior de materiile intestinale. Procedeul clasic are multe inconveniente.

Procedeul Schinzinger. — Prin acest procedeu obţinem această particularitate ce trebue să îndeplinească colostomia. Se face o ernie a colonului deschizând abdomenul în fosa iliacă face o incizie transversală şi fixează capătul superior la unghiul superior al plăgi, în timp ce închide capătul inferior printr'o sutură invaginată, şi-i dă drumul la interior.

Acest procedeu adoptat de Madelung, Volkman ca procedeu de elecţie.

Chalot, Boeckel, Quénu, a adoptat acest procedeu când e vorba de a extirpa capătul inferior coprins de neoplasm operabil.

Procedeul Chalot. — Descoperă ansa sigmonidiană printr'o incizie la 2 c.m. d'asupra spini pubisului şi să termină la 4 c.m. înăuntru şi d'asupra spini iliace anterioare şi superioare. Secţionează această ansă între două legături coprostatice, care coprinde arcada vasculară dedesupt. Aduce capătul central în unghiul superior al plăgi şi'l fixează provizoriu printr'un ac de siguranţă, după ce l'a învelit cu caz iodoformat.

Procedeul Quénu.—Constă în a face coprostaza cu legături elastice, termocauterizarea mucoasei la căpătâele de d'asupra legături, învelirea capătului superior invaginaţia celui inferior, fixarea capătului superior, formând hernie în capătul superior al plăgi dedesuptul legături coprostatice, închiderea plăgi abdominale. Capătul superior larg herniat, depăşeşte pansamentul şi după 24 ore 48 vom putea puncţiona intestinul cu termocanterul d'asupra legături coprostatice şi a pune un tub de dren, resecţia capătului superior, deschiderea definitivă a anusului, se face după 6 sau 8 zile. Procedeul cel mai des întrebuinţat fiind şi cel mai bun.

REZULTATELE OPERATORII

Rezultatele operatorii ce putem obţine sunt mai mult sau mai puţin satisfăcătoare.

Ştiind că succesul operator depinde de mulţi factori ca: o stare generală satisfăcătoare şi de gradul leziunilor mai mult sau mai puţin înaintate.

Ţinând seama de afirmaţiunile lui B. Polard, care susţine că numai concordanţa simptomelor funcţionale şi fizice sunt capabile de a ne descoperi un cancer intestinal; apariţia tumorii fiind deja un semn tardiv şi de spusele lui Craemer, că numai turburările digestive constituesc primele simptome de stenoză şi mai având în vedere şi afirmaţiunile lui Walsham, care susţine că indigestiile fără cauză şi însoţite de perderea în greutate a individului e un semn de diagnostic în cancerul intestinal.

Având în vedere că multe anemii şi enterocolite suspecte a cărei cauză necunoscută, de multe ori sunt de natură canceroasă.

Ţinând seama de complexitatea variaţiunilor simptomelor după cum avem un singur simptom sau un grup de simptome însoţite de apariţia unei mici tumori aproape inperceptibilă, care cu multă stăruinţă să poate descoperi, care din punctul de vedere al succesului operator e mai favorabilă sau după cum sunt însoţite de o tumoră mai mare mobilă şi de o tumoră imobilă cu aderenţe, semn de un prognostic mai puţin favorabil, vom avea rezultate operatorii mai mult sau mai puţin satisfăcătoare.

Scanned with OKEN Scanner

Din observaţiile culese din diferite servicii am dedus următoarele rezultate în ce priveşte intervenţiunile ce s'au practicat asupra diferitelor cazuri.

S'au practicat 6 intervenţiuni de resecţie, asupra 4 cazuri din serviciul d-lui Profesor Thoma Ionescu, un singur vindecat şi asupra a două cazuri, unul din serviciul d-lui Nanu Gheorghe şi d. Profesor Severeanu urmate de moarte, avem 5 morţi şi un vindecat, o mortalitate de 56,6 %.

Excluzia practicată asupra a 4 cazuri din serviciul d-lui Profesor Thoma Ionescu, am avut 3 vindecări şi un singur mort ceeace face o mortalitate de 25 %.

In patru cazuri de intervenţiuni de anus contra naturae.

In două cazuri din serviciul d-lui Profesor Thoma Ionescu, s'a practicat de două ori anus iliac cu două vindecări.

Intr'un caz s'a făcut anus coecal de către d. Poenaru Căplescu, urmat de moarte şi un caz din serviciul d-lui Profesor Severeanu, urmat de moarte, mortalitate în anus iliac de obiceiu e nulă, însă aci cele două cazuri urmate de moarte au fost în extremă caşecsie şi obstrucţie.

In alte 5 cazuri, în care leziunea fiind prea înaintată, într'un caz dela d. Profesor Thoma Ionescu, 2 cazuri dela d. Profeson Severeanu, şi două cazuri dela d. Profesor Angelescu, s'a mulţumit cu laporatomia exploratrice.

Rezultatele aflate pe numărul de observaţiuni pledează în favoarea esclusii în care mortalitatea e de 25 %. Billroth, Cerny, Chaput găsesc c'am aceiaşi mortalitate de 59% în resecţie şi 25 % în esclusie.

In 1901 De Bovis face un raport în care arată că în resecţie mortalitatea a scăzut la 37% pe un număr de 41 cazuri 12 decese. «Semaine medicale».

Miculicz pe 37 de resecţiuni cu 11 morţi dă o mortalitate de 29,8 %.

Resecţia tinde astăzi de a deveni operaţiunea de ales ori de câte ori tumroa e extirpabilă.

Durata. In ce priveşte supravieţuirea, De Bovis pe un număr de 427 de cazuri, deduce că durata supravieţuirei post operatorie e de 6 luni, perioada preoperatorie fiind 14 luni, opt luni, în general admite 21 luni, doi ani de supravieţuire totală.

Din punct de vedere al rezultatelor mai îndepărtate De

Bovis, dă mai multe cazuri fără urmă de recidivă, după un an zece cazuri, după 2 ani patru cazuri, patru vindecări de 5, 7, 8, până la 10 ani.

Mikulicz dă nouă observaţiuni, în care pacienţii operaţi au rămas indemni la recidivă.

Unul după 9 ani 1/4
» » 5 » 3/4
» » 4 » 3/4
» » 4 »
» » 2 »
» » 1 an şi jumătate
» » 1 an şi un sfert
» » 3 luni.

Zimmermann dă un număr de 28 de observaţii.

Două observaţii fără recidivă după 14 ani.

Trei observaţii, 2 ani şi jumătate.

Patru observaţii, 1 an şi trei sferturi.

Nouă observaţii, 5 luni şi jumătate.

10 observaţii, 10 luni după operaţie aceşti bolnavi sunt foarte bine.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIUNI

OBSERVAȚIA I.

Serviciul D-lui Profesor Thoma Ionescu

Cancer al colonului descendent. Resecție; mort.

Mehmed Ali de 40 ani intrat în serviciu la 9 Decembre anul 1898.

Antecedente ereditare nu presintă nimic important.

Antecedente personale. Acum doi ani în urma febrei palustre de care a suferit, a avut vărsături bilioase, dureri de cap, grețuri și diaree sanguinolentă.

Istoricul boalei. In luna Octombre acelaș an, boala a început cu aceleași simptome, și a intrat în serviciul al II-lea chirurgical.

Starea generală. Bolnavul slăbit cu sughiț care persistă de trei zile, are tenezme, diaree cu scaune sângerânde de 2—3 ori pe zi, n'a fost niciodată constipat.

Nu prezintă nimic anormal din partea organelor viscerale, ca ficat, splină.

Starea locală. In fosa iliacă dreaptă, se simte la palpație o tumoră de mărimea unui cap de făt, sonoră la percuție și dureroasă la presiune, ce să întinde la fosa iliacă stângă, în partea superioară prelungindu-se în ipochondrul stâng pe traiectul colonului descendent.

Operația. Laparatomie laterală, se dă de tumoră, capătul superior al intestinului învaginat în cel inferior. Se resecă 10 cm. din colonul descendent, se aplică butonul Murphy și pe deasupra suturi seroseroase.

Scanned with OKEN Scanner

Mersul post operator. Puls slab, se face injecţii cu ether, cafeină, sughiţ şi vărsături continuă.

La 20 Decembre ora 8 şi jumătate post-meridian, moare.

Necropsia, peritonită generalizată, cu materii fecale în abdomen.

Tumora cât o portocală, pe peretele intestinului obstrualumenul intestinal, tumoră ulcerată, infiltrată de sânge.

OBSERVAŢIA II.

Serviciul D-lui Profesor Thoma Ionescu

Cancer al colonului transvers. — Resecţie vindecat.

David Calmy de 23 ani, intră în servici la 10 Februarie 1899.

Antecedente personale. In copilărie a suferit foarte mult de de diaree. La vârta de 22 ani a avut şancru sifilitic, a urmat tratament.

Istoricul boalei. Acum trei ani ridicând o greutate a simţit o durere violentă în abdomen de care s'a scăpat uşor, însă observă oboseală în timpul lucrului, avea dureri spontanee în abdomen. De vre-o două săptămâni e constipat şi durerile se succed în mod neregulat şi din timp în timp.

Starea generală. Bolnavul slăbit, c'un facies galben ca paiul. Nu prezintă nimic din partea organelor toracice şi abdominale. Constipaţia persistă, ganglionii inghinali, prea puţin măriţi de volum.

Starea locală. Prin palpaţie se simte o tumoră în jurul ombilicului, dură mobilă, dureroasă la presiune, în fosa iliacă dreaptă o tumoră oblungă, abdomenul distins şi dureros la presiune.

La 11 Februarie, operaţia. Se face laparatomie mediană supra şi subombilicală. Se dă de o tumoră cât o portocală situată pe colonul transvers. Se resecă tumora, se face enterorafie cap la cap, se închide abdomenul cu fire temporare de argint.

Mersul post operator. Dureri abdominale, sughiţuri patru zile cu distensiunea abdomenului, vărsături bilioase, temperatura 36º 5, puls 140. Se face injecţie cu ser, cafeina, ether, oxigen ghiaţă pe pântece.

Fenomenele dispar, după opt zile se scot firele. Reunire per-primam. La 28 Februarie iese vindecat.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAŢIA III.

Serviciul D-lui Profesor Thoma Ionescu

Cancer al colonului pelvian. — Resecţie. Moarte.

Maria Ianculescu 30 ani, intră în serviciu la 3 Octombre 1901.

Antecedente personale. In copilărie a avut variolă, febră palustră, menstruată la 14 ani, menstruele regulate nedureroase.

Istoricul boalei. Boala a început prin dureri violente în abdomen cu sughiţuri dese acum trei zile, a apărut apoi vărsăturile după trei zile, constipaţia o are de zece zile, vărsăturile erau fecaloide.

Starea generală. Bolnava slăbită, fără poftă de mâncare. nu presintă nimic din partea organelor toracice şi abdominale. Are vărsături fecaloide, sughiţ şi dureri de cap, constipaţia persistă.

Starea locală. Abdomenul distins, elastic, la palpaţie depresibil, sonor la percuţie şi cu zone de matitate în ipochondrul drept. Tumora nu e apreciabilă, tuşeu rectal nu ne dă nimic

La 4 Octombrie, operaţia. Laparatomie subombicală. Se găseşte punctul obstruat aşezat pe colonul pelvian cu pereţi infiltraţi, ganglionii mesenterici ipertrofiaţi. Se extirpă tumora, se face enteroanastomoză latero-laterală : Se resecă porţiunea mesenterului în unghi. Se închide abdomenul prin suturi în etaje, cu coardă şi pe piele agrafe Michel.

Mers post operator. Pacienta îşi revine, puls slab, se face injecţii cu ser artificial 600 gr., injecţii cu cafeină, timp de 7 zile, are scaune.

A 8-a zi scaunele mai rari, puls fregvent, temperatura 38°, injecţie cu ser, cafeină.

A 9-a zi scaunele mai puţin fetide se face ser, injecţii ca şi mai nainte. Se administrează bismuth cu benzo-napthol.

A 10-a zi aceiaşi stare.

A 11-a zi moare.

Necropsia, peritonită generalizată cu perforaţia extremităţi colonului pelvian d'asupra tumori.

OBSERVAŢIA IV.

Serviciul D-lui Profesor Thoma Ionescu

Cancer al colonului Pelvian. — Resecţie cu enteroanastomoză, moartă.

Scanned with OKEN Scanner

Maria Teodorescu de 48 ani, intră în serviciu la 27 Ianuarie 1903.

Antecedente personale. Menstruată la 13 ani, menstruele regulate, măritată la 18 ani, a avut scurgere albă, din 10 copii trăeşte unul scroforos, neagă sifilisul.

Istoricul boalei. De şapte zile constipată, fără scaune, cu dureri în jurul ombilicului sub formă de colici. De 4 zile vărsături, alimentare şi bilioase. Clizmele administrate fără efect.

Starea generală. Bolnava c'un facies suferind, cu o constituţie bună. Nimic din partea organelor toracice. Are greţuri vărsături, dureri de cap şi râgâeli, constipaţie persistentă.

Starea locală. Abdomenul distins, tympanism peste tot, ansele intestinale distinse, tumora nu e aprecabilă.

Operaţia. Laparatomie subombilicală, se dă de o tumoră de mărimea unui pumn desvoltată în grosimea colonului pelvian. Se resecă tumora, aplică pe capătul superior al intestinului o pensă îmbucată în cauciuc şi se purcede la o enteroanastomoză laterolaterală. Se închide perforaţia intestinului prin suturi în trei etaje. Se închide abdomenul cu fire de argint.

Mespostoperator. Bolnava agitată. Puls 120, temp. 36, injecţii cu ser 1000 gr. injecţii cu cafeină, oleu camphorat, ether, se mai face în cursul nopţi 1000 gr. ser, puls abea perceptibil.

La 29 Ianuarie somnolenţă, temp. 36,8, puls neperceptibil, ser intravenos 1500, gr. injecţii ether, oleu camphorat. Pântecile dureros, pe flancuri, pulsul revine, repede şi depresibil.

La 2 p. m. puls abia perceptibil numai răspunde la întrebări.

La 30 Ianuarie succombă.

Examenul tumori. Porţiunea intestinului resecată, dilatată lungă de 3 cm. se continuă cu o porţiune strâmtată de 4 cm. pliurile mucoasei dispărute în porţiunea dilatată. Pe marginea de inserţie a mesocolonului se vede o ulceraţie în sensul lungimi intestinului cu fundul granulos şi curat.

Pe o secţiune la nivelul ulceraţiuni, peretele intestinului infiltrat de nodosităţi mici de coloarea albă, raclând iese un ser lăptos.

OBSERVAŢIA V-a

Serviciul D-lui Prof. Thoma Ionescu

Cancer al unghiului colic stâng şi colonului ascendent. — Esclusie cu enteroanastomoză vindecată.

Ana Gutman de 65 ani intră în serviciu la 22 Ianuarie 1904.

Pacienta venind în serviciu cu fenomene de obstrucţie intestinală de 8 zile. Presintă un facies caracteristic oclusii, cu distensiunea abdomenului şi timpanism, într'o stare de căşecsie înaintată.

Operaţia. Laparatomie subombilicală. Se constată că intestinul gros, începând de la cec până la unghiul colie stâng e distins având grosimea unui braţ. La nivelul unghiului colic stâng şi pe începutul conului ascendent, o tumoră circulară care obstrua lumenul intestinului. Se face o enteroanastomoză laterolaterală între colonul pelvian şi transvers.

Mers postoperator. La 22 Ianuarie, pulsaţii 66 temp. 36.8

La 23 şi 24 puls 84 temperat 37,8 se face 700 gr. ser.

La 26 Ianuarie 88 puls. temp. 37. Urina 600 gr. ser.

La 27 » 84 » » 37,2 700 gr. ser.

La 28 » 88 » » 37.

La 28 » plus normal.

La 1 Februurie se scot firele, reuniri perprimam.

De la 2—6 Februarie pacienta se bucură de stare generală bună.

La 6 Februarie iese vindecată.

OBSERVAŢIA VI

Serviciul Domnului Profesor Thoma Ionescu

Cancer al colonului ascedent cu metastoză în ficat. Laparatomie esploratrice. Statuquo 1900.

Göde Şandor de ani 52, intră în serviciu la 15 Aprilie 1900.

Antecedente personale. A avut o blenoragie complicată de orhiepididimită la vârsta de 17 ani, abuzează de alcoolice.

Istoricul boalei. In urma unei libaţiuni acum 3 ani, după 3 săptămâni, a observat apariţia unei tumori la dreapta şi subombilic, de mărimea unui măr, dureroasă la presiune.

In prima zi a avut vărsături alimentare, care au dispărut în urma unui tratament. După 2 luni durerile au reapărut însoţite de constipaţie opiniatră însoţite de hematemeza şi melena.

Starea generală. De constituţie mediocră, slăbit şi tegumentele emaciate palide, ficatul mărit de volum. Anorexie, şi constipaţie.

Scanned with OKEN Scanner

Starea locală. La percuţie matitatea ficatului mărită, de la al 5-lea spaţiu până la 2 degete d'asupra ombilicului, ficatul cu suprafaţă notedă regulată, nedureros.

In jos şi la dreapta ombilicului percuţia dă sonoritate, simţim otumoră neregulată de mărimea unui ou de găină puţin mobilă.

12 Maiu Laparatomie supraombilicală, se constată o tumoră de mărimea unui măr la nivelul unghiului subhepatic al colonului ascedent, se constata metastaze nodulare în ficat.

Se închide abdomenul cu fire de argint.

Iese 65 Maiu vindecat.

OBSERVAŢIA VII

Serviciul Domnului Profesor Thoma Ionescu

Cancerul colonului ascendent. Escluzie cu enteroanast. mort. Dumitru Piahă de 48 ani intră în servici la 1 Ianuarie 1906.

Andecedente personale. In copilărie febră palustră. La 16 ani febră tifoidă neagă, maladii veneriene.

Istoricul boalei. Boala a debutat prin dureri coliciforme, se exagerau în timpul defecaţii, de vre-o două săptămâni observând scaune cu sânge roşu, uneori negricioase, intră în spital.

Starea generală. Bolnavul de constituţie bună, o uşoară bronşită din partea plămânului. Scaune regulate, fără dureri, dureri diseminate în tot abdomenul.

Starea locală. Abdomenul normal, pereţi depresibili, apăsând în fosa iliacă stângă, simte o durere vie, prin palpaţie dăm de o tumoră de mărimea unei mandarine, rotundă cu suprafaţă neregulată, dură, dureroasă şi pare a fi mobilă.

1. *Ianuarie. Operaţia.* Laparatomie mediană supra şi subombilicală, se constată că colonul transvers, ocupă poziţie pelvienă din cauza lungimi mesocolonului. Tumora situată în unghiul subsplenic şi pe porţiunea iniţială a colonului descendent.

Prezentând aderenţe profunde se face o enteroanastomoză între porţiunea mijlocie a colonului transvèrs şi poziţiunea iniţială a colonului pelvian. Se închide abdomenul cu fire de argint.

Mers post operator. Pe ziua de 20 şi 21 Ianuarie a avut dureri, sughiţ, şi în zilele următoare se simte mai bine.

25 Ianuarie se desface pansamentul, la partea inferioară să scurge un lichid fetid, se face 1000 gr. ser.

27 Ianuarie se pansează fistula stercorală, injecţie 1000 gr. ser.

29 Ianuarie se face 2000 gr. ser. La 29 Ianuarie moare.

OBSERVAŢIA VIII.

Serviciul D-lui Profesor Thoma Ionescu

Cancer al cœcului şi colonului ascendent. — Ileo-colostomie. Vindecat.

Dumitru Ilie Mincan, 40 ani, intrat în servici la 10 Noembre 1906.

Antecedente ereditare şi personale n'are nimic important.

Istoricul boalei. Acum patru luni a observat o tumoră de mărimea unei nuci în flancul drept al abdomenului, tumoare fixă, nedureroasă, tumora creşte cu dureri continue şi persistente se exagerează în timpul actului defecaţii, cu turburări digestive.

Starea generală. Nu presintă nimic din partea organelor toracice şi abdominale, are desgust de mâncări grase, nu e constipat, scaune regulate.

Starea locală. Abdomenul distins în fosa iliacă dreaptă şi sub ombilic. Prin percuţie, submatitale sub falsele coaste şi în dreptul ombilicului matitate complectă, punctul Max Burney dureros. In flancul drept prezenţa unei tumori, dură, fixă şi dureroasă la presiune, se delimitează bine în sus, înăuntru, în jos, făcând corp cu peretele abdominal.

16 Mai, operaţia. Laparatomie subombilicală, se dă de o tumoră ce coprinde cecul şi porţiunea iniţială a colonului ascendent întreaga tumoră aderă de peretele anterior al abdomenului şi formează un bloc, înglobând câteva anse intestinale. Tumora inextirpabilă se face enteroanastomoza între colonul ascendent de d'asupra tumori şi ansa intestinului subţire de deasupra obstacolului.

17 Mai şi 18 Mai s'au făcut câte 500 gr. ser şi s'a dat Vichy.

19 Mai Purgativ 20/v se face 500 gr. ser.

27 Mai 300 gr. ser, puls 1000.

28 Mai ese vindecat.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAŢIA IX.

Serviciul D-lui Dr. Profesor Thoma Ionescu

Cancerul colonului transvers. — Excluzia cu anastom. Colocolică, vindecat.

Vasile Caprişi, 28 ani, intră în serviciu la 28 Decembre 1906.

Antecedente personale. In copilărie a suferit de febră palustră, a avut un şancru, fără nici-o manifestare secundară.

Istoricul boalei. In luna Maiu o durere vie a simţit sub ombilic, cu câte-va luni mai înainte a avut turburări digestive, constipatie opiniatră. A observat o tumoră în regiunea abdominală, mobilă şi în urma exagerări durerilor a intrat în spital.

Starea generală. Bolnavu de constituţie bună, a slăbit mult, nimic din partea organelor toracice şi abdominale.

Starea locală. Prin palpaţie, simţim o tumoră de mărimea unei portocale, de la linia mediană spre stânga pe o distanţă de 30 cm., cu suprafaţă neregulată, dureroasă la presiune, dură, mobilă.

17 Ianuarie. Se face escluzia tumori, se stabileşte o enteroanastomoză colocolică, se închide abdomenul cu fire de argint.

Mers post operator. 18 Ianuarie, temperatura 57.6, puls 76, dureri sughiţ. 19 Ianuarie să simte bine, starea bolnavului să îmbunătăţeşte, la 27 Ianuarie se scot firele şi la 31 ese vindecat.

OBSERVAŢIA X.

a D-lui Dr. Poenaru Căplescu

Cancer al unghiului subsplenic al colonului. — Anus cecal. Mort.

Şmil Milman 38 ani, intră în servici la 4 Martie 1906.

Bolnavul adus la camera de gardă, cu facies abdominal, ochi escavaţi, puls neregulat, temperatura 36° vărsături, sughiţuri continue. Lipsa scaunelor de 2 săptămâni. Limba încărcată, uscată, respiraţia extrem de fetidă. Abdomenul distins, foarte sensibil la explorare. Bolnavul foarte slăbit,

Operaţia. Laparatomie supra şi subombilicală, Peritoneu congestionat. Cecul, colonul descendent, transvers distinse la

maxim, de dimensiunea unei coapse, colonul descendent şi pelvian reduse de volum. La nivelul unghiului sub splenic o induraţie fiibroasă strangulează intestinul ca un inel şi pe d'asupra epiploonul aderent. Bolnavul fiind în extremis s'a recurs la un anus cecal.

Mers post operator. Din intestin se scurge materiii fecale de o fetiditate extremă. Se face injecţii cu ether, spălături stomacale, succombă după 24 ore.

OBSERVAŢIA XI

Serviciul d-lui Prof. Thoma Ionescu

Cancer al colonului pelvian. Anus contra naturae ; vindecat.

Teodora Panait, 46 ani, intră în serviciu la 20 Iunie 1907.

Antecedente personale, viaţă genitală normală, menstruaţia, regulată, unipara.

Istoricul boalei. Bolnava a observat apariţia unei tumori în partea stângă a ipogastrului, turburări gastrointestinale, ca diaree şi constipaţie, după două luni, apare o tumoră în fosa iliacă dreaptă.

Starea generală. Bolnava slăbită, cu aneroxie, puls slab, facies anemic limba încărcată, dureri şi constipaţie, în urma scaunelor perde un lichid roz, uneori sânge.

Starea locală. La palpaţie se simte o tumoră în fosa iliacă stângă o tumoră lungă de 7 cm., mobilă, dură nedureroasă, ganglionii laterali prinşi de partea tumori.

22 Iunie operaţia: Anestezie cu aparatul Roth. Incizia pe marginea dreptului, să dă de o tumoră ce coprindea colonul pelvian, se atrage colonul în plagă şi d'asupra tumori se face un anus contra naturae.

Bolnavul trecut în serviciul I chirurgical pe cale de vindecare.

OBSERVAŢIA XII

Serviciul d-lui d-r Profesor Thoma Ionescu

Cancerul colonului pelvian. Anus contra natural, vindecată.— Luca Adolf de ani 58, întră în serviciu la 3 Martie 1908.

Antecedente ereditare : mama sa a murit în urma unui cancer uterin.

Antecedente personale. Neagă sifilisul şi maladiile infecţioase.

Istoricul boalei. De cinci luni bolnavul a perdut forţa musculară a slăbit mult, cu constipaţie, scaunele murdare sângeroase, une ori negricioase, dureri în regiunea lombară, ce să iradiază d'alungul sacrului şi în fosa iliacă stângă.

Starea generală. Pacientul slăbit, cu facies anemic, nu presintă nimic din partea organelor toracice şi abdominale.

Starea locală. Prin palpaţie se simte o tumefacţie şi să dă de o tumoare dură, dureroasă la presiune şi mobilă.

Operaţia. Laparatomie mediană supra şi subomblicală să dă de o tumoră ce coprindea colonul pelvian cu aderenţe foarte întinse. S'a făcut un anus contra naturae şi in fosa iliacă stângă s'a suturat ansa intestinală la peretele abdominal. La 23 Martie iese vindecată.

OBSERVAŢIA XII

Serviciul d-lui d-r Prof. Angelescu.

Cancer al unghiului subsplenic şi a porţiuni superioare a colonului ascendent Laparatomie exploratrice Statu-quo.

Istoricul boalei, a debutat prin febră, turburări gastrice, anorexie, greaţă stomacul dilatat, n'avea constipaţie.

Starea generală. Pacienta anemiată, tegumente palide, galbene, nu prezintă nici o turburare din partea organelor toracice.

Starea locală. Prin palpaţie, o tumoră ca o portocală, în flancul stâng, dură, boselată, e foarte dureroasă neregulată extrem de imobilă, loja renală corespondentă durerosă la presiune.

Operatia. Laparatomie mediană supra şi subomblicală se constată o tumoră a unghiului subsplenic şi a porţiunei superioare a colonului ascedent.

Boala pentru care a venit în spital crezânduse a fi un rinichi mobil, s'a renunţat la intervenţie, s'a închis peretele abdominal. Bolnava iese cu aceiaşi stare ca mai înainte.

OBSERVAŢIA XIV

Serviciul D-lui D-r. Prof. Anghelescu

Cancerul S. iliac.—Laporatomie exploratrice. Statu-guo.

Vasile Miharciu de 37 ani, intră in serviciu la 31 Decembrie 1906.

Scanned with OKEN Scanner

Istoricul boalei. Pacientu suferea de emoroi zi, de cares'ar fi vindecat. De trei ani în urmă a simţit din nou dureri în timpul scaunelor, durerile se accentuau mai mult şi scaunele devin sângerânde. Acum simte nevoia de a defeca foarte des, de multe ori nu poate eşi având tenesme, mâncărimi, usturimi înainte şi după defecaţie.

Starea generală. Bolnavul a slăbit palid, anemic, în fosa iliacă stângă, dureri spontanee cât şi provocate prin presiune, hemoragii şi vărsături.

Operaţia s'a făcut, laparatomie exploratrice, tumora fiind prea intinsă sa renunţat a se interveni. Iese cu aceiaşi stare anterioară.

OBSERVAŢIA XV

Serviciul D-lui D-r Nanu Gheorghe

Cancer al colonului pelvian. Resecţie cu enterorafie circulară moartă.

Boveanu Cleopatra. 39 ani, intrată în serviciu la 5 Octombrie.

Istoricul boalei. Bolnavă de o săptămână, de când e constipată. Abdomenul balonat, dureros, cu vărsături şi a avut hemoragii, constipaţie opiniatră.

Starea generală. Bolnava foarte obesă cu facies alterat, se plânge de dureri abdominale, puls mic, rapid, temperatura subnormală, vărsături bilioase.

Starea locală. Abdomenul dinstins şi sonor, dureros la presiune, fără ecsagerare în vre'o regiune determinată.

Operaţia. S'a făcut laparatomie supra şi subombilicală, s'a dat de o tumoră a colonului pelvian, se resecă 10-cm. din lungimea lui s'a făcut enteroraphie circulară cu coardă, s'a pus câte-va puncte de sutură pe tunica peritoneală a cecului, care cedase în două locuri. S'a refăcut peretele abdominal.

La 20 Octombrie moare.

Examenul tumori făcut de D-nul Prof. Babeş conchide la un adenocarcinom.

OBSERVAŢIA XVI

Serviciul Domnului Profesor Severeanu

Cancer al cecului şi colonului ascendent. Resecţie, mort.— Adolf Schmidt de 37 ani intră în servici la 10 Martie 1905.

Antecedente personale, a suferit de febră palustră.

Scanned with OKEN Scanner

Istoricul boalei. Acum 17 ani, în urma unei ridicături a simţit o durere în regiunea lombară de partea dreaptă în urma unui accident, a avut dureri lombare care au dispărut. De 2 ani durerile au reapărut in mod regulat iradiându-se în direcţia ureterelor.

Starea locală. Prin palpaţie o tumoră, dureroasă în regiunea lombară dreaptă, puţin mobilă. N'a avut nici constipaţie nici diaree.

Operaţia. S'a făcut o incizie laterală, pe o distanţă de 15 c.m. ajungând pe tumoră, s'a extirpat tumora ce coprinde cecul şi colonul ascendent. S'a procedat la o anastomoză cap la cap. La 26 Martie 1905 moare.

OBSERVAŢIA XVII

Serviciul Domnului Profesor Severeanu

Cancer al colonului descedent cu metastaza generalizată. Laparatomie exploratrice. Statu quo.

Ştefan Zilay 33 ani intră în servici la 16 Septembrie 1899.

Antecedente personale. Blenoragie la 20 ani şi la 27 febră tifoidă.

Istoricul boalei. De acum un an, acuză dureri în regiunea epigastrică cu arsuri până acum 5 luni, când a avut vărsături şi hemoragii. De vre o 10 zile vărsături incoercibile.

Starea generală. Bolnavul slăbit, emaciat, nimic din partea organelor toracice. In ultimul timp vărsături incoercibile.

Starea locală. Abdomenul distins. Prin inspecţie în regiunea ipochondrului stâng o tumoră de mărimea unui ou, de consistentă dură, fără aderenţe, mobilă.

Operaţia la 17 Septembre. Laparatomie laterală stângă se ajunge pe tumoră, care face corp cu colonul descendent se întinde până la stomac, coprinde aproape toate viscerele.

Se închide peretele abdominal, se trece în serviciul medical pe ziua de 17 cu aceeaşi stare anterioară.

OBSERVAŢIA XVIII

Serviciul Domnului Profesor Severeanu

Cancer al porţiuni terminale al colonului pelvian. Anus contra naturae, moartă.

Garfiţa Iacob. 63 ani, intră în servici la 4 Ianuarie 1906.

Istoricul boalei. Pacienta a simţit o durere vie în fosa iliacă.

dreaptă şi să iradia în tot abdomenul, a avut greaţă, vărsături alimentare şi bilioase, constipată de 6 zile, durerile exagerându-se a intrat în spital.

Starea generală. Bolnavul anemiat cu puls fregvent 108, are greaţă, vărsături, constipaţie şi hemoragie.

5 Ianuarie operaţia. Se face laparatomie supra şi subombilicală, să dă de anse intestinale distinse de materii fecale şi gaze să incisează o ansă să dă drumul la materiile fecale, se găseşte cauza oclusii, o tumora pe porţiunea terminală a colonului pelvian, se face ansă contra nature.

Bolnavul succomb a doua zi, peritonită generalizată.

OBSERVAŢIA XIX

Serviciul Domnului Doctor Severeanu

Cancer al colonului transvers. Laparatomie exploratrice. Statu quo.

Ilie Stănescu 45 ani, intră în spital la 17 August 1906.

Istoricul boalei. Boala s'a manifestat cu dureri în regiunea epigastrică cari se iradiau în spate, durerile se accentua mai ales după masă. N'a avut hemoragie.

Cât timp a stat în serviciu o uşoară ascită s'a manifestat.

Starea generală, foarte slăbit, nimic din partea organelor toracice.

La 26 Septembre se face laparatomie supra şi subombilicală, lesiunea fiind foarte intinsă, tumora coprinzând colonul transvers cu aderenţe profunde, intervenţia contra indicată, se închide abdomenul, pacienta iese din serviciu, aceiaşi stare anterioară.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI

1. Numai cunoscând istoria clinică a cancerului grosului intestin, vom putea descoperi leziunea la începutul său şi pune indicaţiuni operatorii atunci, când extirparea tumori este simplă şi neurmată de recidivă.

Dacă în unele cazuri intervenţia se practică în urma apariţiei mai multor simptome, sunt observaţiuni în care apariţia unui singur simptom descoperitor sau unei complicaţiuni, a fost suficient pentru a pune diagnosticul intervenţiei.

De multe ori operaţia practicată, când simptomele existau complect, a arătat că leziunea era prea înaintată şi inextirpabilă; din contra, operaţiuni aplicate precoce dela apariţia primului simptom descoperitor, au permis a se face operaţiuni utile radicale, urmate de vindecare definitivă.

2. Se practică astăzi în cancerul grosului intestin după întinderea leziunilor locale, diferite operaţiuni curative sau paliative.

Indicaţiunile speciale ale acestor operaţiuni nu se pot pune decât în urma laparatomii, care singură permite a se face diagnosticul chirurgical, vizual al leziunilor şi de a alege metoda operatorie care convine fiecărei forme.

Resecţia. operaţiune ideală, trebue practicată ori de câte ori tumora e mobilă, limitată, cu stare generală satisfăcătoare.

Enteroanastomoza şi exclusia. Vor fi executate în cazul de-

tumoră înaintată, inextirpabilă, însă cu o bună stare a intestinului de d'asupra şi dedesuptul tumori.

Esclusia este indicată mai des decât simpla anastomoză şi în particular când tumora e inextirpabilă, fistulizată, cu numeroase aderenţe, bolnavul având o excelentă stare generală.

Cât despre colostomie, aceasta este operaţiunea de necesi l tate, când celelalte operaţiuni sunt contra indicate şi bolnavu având o stare generală alterată.

Văzută, bună de imprimat.

Preşdintele tezei :

Profesor Dr. Thoma Ionescu.

Decanul Facultăţii :

Profesor Dr. Thoma Ionescu

In afară de subiectul tezei, candidatul este obligat a răspunde la orice chestiuni medicale, ce i se vor pune de către juriul de promoţiune.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAPHIE

Boeckel.—Tumeurs du gros intestin et resections intestinale *Bull. de l'Académie de médicine.* 18 Octombre 1998.

Bouveret.—Notes sur la dilatation du coecum et du colon escendent. *Lyon médical 1887.*

Brin.—Cancer du gros intestin. *Arch. méd. Angers. 1901.*

Buy.—Sur un cas de cancer du colon transvers.

Bousquet.—Assoc. de chir. de Paris 1904.

Boas. — Erfahrung über Dichdarmcarcinom. *Berlin Klin Wochen* 1899 27 Noembre.

De Bovis.—Le cancer du gros intestin, rectum excepté. *Revue de chirurgie* 1901.

Du Castel.—Arch. gén. de médicine 1882.

Charrier.—Anastomoza ileo-sigmodie. Soc. chir. 1900.

Coste.—Thèse de Lyon 1905—1906.

Cerny et Rindfleich.—Beit. fur. Kin 1892.

Cavaillon.—Soc. de méd. juillet 1905.

Demoulin.—Soc. de chirurgie 1898 et juin 1899.

Duplay-Reclus.—Traité de chirurgie.

Le Dentu-Delbet.—Traité de chirurgie.

Duteil.—Enterectomie pour neoplasme du colon ascendant. *Lyon medical 1904.*

Duval.—Traitament chirurgical du cancer du colon pelviën. Thèse Paris 1902.

Le Goupil.— Coincidence et raports de la tuberculose et du cancer.

Gouilloud.—Cancer de l'intestin *Lyon med. 1901.*

H. Hartman.—Chirurgie de l'intestin.

H. Hartman.—Congrès de chirurgie 1903.

Haussman. — Thése Paris 1882. Sur le cancer de l'intestin.

Hochenegg.— Resultat bei operationem Behandlung carcino-

matöser. Dickdarmgeschwülste. Arch. f. Klin. chir 1902. B D. LXVIII p. 172.

Israel.—Berlin. Klin, Wochenschr. 1894 No. 1p. 275.

Jvurnet.—Thèse Paris 1882.

Jannel.—Chirurgie de l'intestin.

Jouffray.—Thèse Lyon 1907.

Kolaczech.—Langenbeck's archiv 1882.

Kraussold.— » » »

Kraussold.—Centralblat für chirurgie 1881.

Lebert.—Traité de maladies cancereuses Paris 1851.

Lardennois.—Thèze Paris 1899. Gaz. des höpitaux 1900. No. 17.

Leclerc.—Thèse Lyon 1906.

Lecène.—Thèse Paris 1904.

Littlewood.—Arch. f. Klin. Chir. 1903 L. XIX p. 28.

Monprofit.—Chir. de l'intestin. 1904. *Congrès de chir. 1903.*

Mikulicz.—Chirurgische Erfarungen über das Darmcarcinome—Arch. f. Klin. Chir. 1903. L.XIX p. 28.

Okinczyk.—Thèse Paris 1907.

Perieţeanu I.—Studiul clinic al cancerului intestinal.

Pauchet.—Traitement du cancer du gros intestin. *Congrès français de chirurgie,* Paris, Octombre 1905.

Rosenheim.—Zur Diagnose der hochsitzenden Mosdarm und Flexure carcinome mittelst palpation und Endoscopic *(deutsch Med. Wochen 1904.*

Reybard.—Bulletin de l'Academie de médicine.

Reverdin.—Epithélioma du gros intestin. Reséction.

Roskochny.—Zur Casuistek der Darmausschaltung deutsche Zeitschr. f. Chir. 190I Mai Bd. 59 S. 406.

Roux.—XVI-è congrès français de chirurgie, 1903.

Quénu et Landel.—Revue de chirurgie 1899.

Revue de chirurgie de la 1880—1908.

«Semaine médicale».—

Souligoux.—Soc. Chir. 1905.

Tuffier.—Des abcés profonds de l'abdomen comme premiers. symptomes d'un cancer de l'intestin (*Semaine médicale 1900.*

Walsham, Remarks on the diagnosis a surg-treatm of carcinomatous strict, of. the colon, Lancet, 17, Aout 1901.

Zimmerman (Krönlein).—Ueber operaţionem und Erfolge der dichdarm resektion wegen carcinom. *Beitr. f. klin. chir.* 1900. Bd. XXVIII. s, 303.

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1031.

RAPORTUL RECIPROC

INTRE

TUBERCULOZA ŞI ALIENAŢIUNILE MINTALE

IN SPECIAL CU

DEMENŢA PRECOCE

TEZĂ PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută în ziua de 26 Iunie 1908

DE

PETRE DUMITRESCU
FOST INTERN AL SPITALELOR

BUCUREȘTI
NOUA TIPOGRAFIE „PROFESIONALĂ“, DIM. C. IONESCU
10. — STRADA ȘELARI. — 10.
1908

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

Decan: D-l Profesor Dr. THOMA IONNESCU

PROFESORI

Clinica III-a chirurgicală	D-l Dr. Angelescu C.
Chimia medicală	„ „ Athanasescu N.
Anatomia patologică	
Bacteriologia şi patologia experimentală	„ „ Babeş V.
Clinica II medicală	„ „ Buicliu Chr.
Medicina experimentală	„ „ Cantacuzino I.
Medicina operatorie	„ „ Demosthene Ath.
Clinica şi teoria obstetricală	„ „ Drăghiescu D.
Anatomia topografică	
Clinica II chirurgicală	„ „ Ionnescu Th.
Farmacologia şi clinica terapeutică	„ „ Mălărescu N.
Oftalmologie şi clinica oftalmologică	„ „ Manolescu N.
Clinica boalelor nervoase	„ „ Marinescu G.
Fizica medicală	„ „ Miculescu C.
Medicina legală	„ „ Minovici M.
Istologia normală şi embriologia	„ „ Obregia Al.
Fiziologia umană	„ „ Paulescu N.
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „ Petrini-Galatz M.
Patologia generală	„ „ Proca.
Anatomia descriptivă	„ „ Petrini Paul
Patol. chir., bandaje şi apar. de fracturi	„ „ Rômnicianu Gr.
Clinica I-a chirur icală	„ „ Severeanu C.
Zoologia medicală	„ „ Sihleanu St.
Igiena şi poliţia sanitară	„ „ Sion V.
Clin ca I-a medicală	„ „ Stoicescu G.
Clinica mentală	„ „ Sutzu Al.
Terapeutica experimentală	„ „ Teohari I.
Clinica infantilă	„ „ Thomescu C. N.
Patologia medicală	„ „ Thomescu I. Th.
Botanica medicală	„ „ Vlădescu M.

AGREGAŢI

Clinica boalelor oto-rino-laringologice	D-l Dr. Felix Eug.
Anatomia topografică	„ „ Gerota D.
Farmacia chimică şi galenică	„ „ Georgescu M.
Chimie analitică şi toxicologie	„ „ Minovici St.
Clinica III-a medicală	„ „ Nanu-Muscel I.

JURIUL DE PROMOŢIUNE

Preşedinte: D-l Profesor Dr. Şutzu Al.

Membrii

» » » Obregia Al.
» » » Minovici M.
» » » Teohari A.
» Agregat » Nanu Muscel I.
D-l Docent Dr. Parhon C.
(suplinitor).

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprimă nici aprobare nici desaprobare.

PREFAȚĂ

Cercetările noui ştiinţifice cu privire la patogenia afecţiunilor generale şi a raporturilor reciproce dintre ele, au condus progresiv la descoperirea de noui orizonturi şi în alte domenii. Voim să facem aluzie la vastul domeniu al alienaţiunii mintale.

Se ştie că între multe maladii organice există o deosebire vădită sub raportul evoluţiei şi revoluţiei lor, atunci când este vorba de combinaţiuni între ele, de coexistenţă, decât când apar izolate. Tot astfel s'ar arătà pe terenul alienaţiunii mintale, şi observaţiunile continue învederează până la un punct acest lucru.

Frecuenţa tuberculozei printre alienaţi şi mai ales în grupul morbid cunoscut sub numele de demenţă precoce, unde ea se întâlneşte în o majoritate de cazuri, e o probă mai mult în favoarea afirmaţiunilor noastre. Atenţiunea ne-a fost atrasă în această direcţie şi ne-a dat îndemnul de a întreprinde cercetări mai pozitive.

Pe lângă interesul ştiinţific urmărit în lucrarea mea, a fost şi un alt interes mai superior, social,

Scanned with OKEN Scanner

umanitar, și anume am voit a arătà că pe lângă condițiunile inerente organismului, care uneori prin procesul morbid psihotic predispune la tuberculizare; sunt cauze nocive, condiționate în multe cazuri de starea deplorabilă a azilelor sub raportul igienei, stare ce se arată ca un adevărat mediu tuberculigen pentru numeroșii atinși la minte, aduși în acele localuri pentru a primi un tratament apropiat și o îngrijire spitalicească, înainte de toate.

Căci cu drept cuvânt este o datorie a societății, ca atunci când privează pe alienat de libertatea sa internându-l forțat, să nu-l expună cel puțin unui mediu dăunător. Și în ospiciul Mărcuța nu găsim realizându-se, din nenorocire, acest principiu de umanitate.

In adevăr, tuberculoza la alienați este relativ frecuentă. D-nul profesor *Sutzu* a fost isbit încă de mult de asemenea constatări, mai cu seamă făcute la *demenții precoci* și adeseaori dânsul se întrebà dacă între afecțiunea psihică și tuberculoza, nu ar fi mai mult decât o coexistență incidentală, mai cu seamă că între ambele procese morbide, se observă un paralelism în evoluție și în sfârșit. Și o presumție a maestrului meu, îndestul de sprijinită dealminteri, era că, afecțiunea psihică se găsește influențată mai mult sau mai puțin de procesul toxi-infecțios în funcțiune de tuberculoză.

Cercetările noastre din lucrarea de față încerc să lumineze aceste vederi juste ale D-lui Prof. *Sutzu*. Asemenea cercetări le-am întreprins direct sub aus-

piciile D-sale, rezultatele obţinute formează obiectul acestei lucrări inaugurale.

Am fost mai mult timp intern în serviciul d-lui profesor Sutzu şi cunoştinţele în materie de psihiatrie pe care le posed, le-am câştigat din atractivele-i lecţiuni clinice, pe care le-am urmărit cu mult interes.

Pentru toate acestea, pentru atenţia ce a pus în educaţia mea medicală, şi pentru onoarea ce mi-a făcut primind preşedenţia tezei, mă simt dator a-i mulţumì şi a-i aduce prin această lucrare omagiul meu de profundă recunoştinţă şi devotament.

Ţiu foarte mult să mulţumesc d-lui docent dr. Sutzu, pentru preţiosul ajutor ce mi-a dat în complectarea studiilor medicale şi pentru deosebita amabilitate cu care m'a condus în cercetările clinice.

Mulţumesc deasemenea d-lui dr. Zalplachta pentru atenţiunea şi bunavoinţă ce mi-a arătat, asigurându-l de recunoştinţa mea.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Este o tendinţă nouă de a se materializà prin experienţe, mecanismurile întregului complex de fenomene psihice ale vieţei noastre superioare. Sunt cercetările noi ale psihologiei pozitive şi experimentale, cari dau un continuu înbold în această direcţiune. Ele au arătat că atributele ce formează, ceeace numim *inteligenţă*, *sentiment*, *voinţă*, atunci când devin turburate, pot fi recunoscute, înregistrate şi recunoscute în cauza lor. Aşà de pildă, *tristeţa*, această manifestaţiune psihică, atât de cunoscută, se ştie azi că poate să aibă la bază şi un substrat material. O reprezentaţie mintală, o amintire însoţită de sentimentul durerii, emoţiuni negative, pot să contribue la producerea ei: în acest caz se vede uşor origina ei psihică; alteori însă poate fi rezultatul unei stări toxice, care lucrează asupra centrilor nervoşi: în cazul acesta recunoaşte o origină somatică (tristeţa unor persoane normale, ţinând la procese toxice de origină gastro-intestinală; depresia la unii maniaco-depresivi, la paralitici, etc., etc., având aceeaşi cauză.

Scanned with OKEN Scanner

Este deci interesant mai cu seamă pentru patologia mintală de a se ştì, cari sunt raporturile fizicului cu psihicul, dacă există turburări ale inteligenţei de origină somatică şi turburări fizice de origină psihică, precum şi cauza unora şi altora. In acest sens s'a observat de multă vreme frecuenţa *turburărilor psihice* la *tuberculoşi*, şi tot astfel frecuenţa *tuberculozei* la cei atinşi de *turburări psihice*.

Asupra acestei relaţii, care ar există între *psihoze* şi *tuberculoză* [1]) se întinde subiectul tezei noastre. Cestiunea a fost şi este mult discutată şi opiniile de un fel şi de sens contrar, destul de numeroase.

In încercările mele de a voì să adaog ceva la deslegarea acestei probleme dintre *tuberculoză* şi *psichoze*, trebue să mărturisesc că întâmpin multe dificultăţi, prin faptul că alienaţii luaţi în studiu pentru acest scop, se găsesc într'un azil în condiţiuni cu totul nepropice faţă de azilele din străinătate, în cari prin igiena exitentă se vede la dânşii o tuberculizare destul de rară. Excludem a priori deci tuberculizarea prin această cauză.

Dela început trebue să recunoaştem că între intensitatea turburărilor psihice şi tuberculoză nu există nici o proporţie: uneori schimbări uşoare pulmonare aduc perturbaţiuni intense cerebrale, pe când lesiuni înaintate somatice par uneori că ameliorează starea psihică. Unii autori socotesc chiar

1) Un articol al D-rului Sutzu-Junior, tratând despre acelaş subiect, se găseşte în curs de publicaţie în unul din numerele viitoare ale revistei medicale franceze „*l'Encephale*".

Scanned with OKEN Scanner

că tuberculoza şi psihoza nu pot coexistà, că apariţia uneia provoacă dispariţia celeilalte în baza unei legi de alternanţă şi de transformaţiune a ereditătii morbide.

Părerile celor mai mulţi autori însă, conchid la existenţa acestui raport, dar pentru explicaţia lui opiniile diferă. S'a acuzat de unii mai mult starea neigienică a azilelor, de către alţii influenţa psihozei asupra isbucnirii tuberculozei şi în fine s'a crezut chiar că există psihoze tuberculoase, cu evoluţie şi manifestaţiuni clinice caracteristice.

Vom vedeà acì, în treacăt, istoricul chestiunii începând din timpurile cele mai îndepărtate şi vom insistà mai mult asupra lucrărilor noi cu privire la origina toxi-infecţioasă a unora din formele alienaţiei mintale.

In lucrarea noastră ne-am servit de statistici, coprinzând mortalitatea de tuberculoză în ospiciu, pusă în paralel cu cea din Capitală şi ca termen de comparaţie de statisticile azilelor din străinătate. Concluziunile la cari am ajuns ne-a întărit părerea noastră asupra raportului dintre tuberculoză şi psihoze.

In privinţa frecuenţei tuberculozei în noua formă morbidă kraepeliniană, *demenţa precoce*, ne-am servit pe lângă datele de necropsie, şi de noile mijloace cu privire la diagnosticul precoce al tuberculozei, de *oftalmo-reacţiunea* la tuberculină, pe care am aplicat-o întocmai după indicaţiile metodei lui *Calmette* şi după ultimele modificări ale ei de către autorii germani. Pe lângă rezultale of-

Scanned with OKEN Scanner

talmo-reacţiunei la tuberculină, ne-am bazat pe datele autòpsii, din ultimii 3 ani, de când s'a diferenţiat acest sindrom clinic, de alte afecţiuni mintale cu care se confundà.

Insist mai mult asupra lucrărilor noi de patogenie, mai ales în demenţa precoce, aceasta fiind chestiunea, care ne interesează mai mult, căci pe rezultatele câştigate în acest sens se sprijină tema noastră.

Infine, observaţiile ce le dăm în urmă, ne arată evident acest raport între tuberculoză şi demenţa precoce.

Scanned with OKEN Scanner

I.

ALIENAŢIA MINTALA ŞI TUBERCULOZA

Studiu istoric şi statistic.

Vom redà acì istoricul cestiunii, cestiune nu nouă de altfel, căci din timpurile cele mai îndepărtate se cunoşteà raportul dintre afecţiunile somatice şi cele psihice.

Hipocrat dejà observase că încetarea expectoraţiei la ftisici, se repercută asupra inteligenţei.

Arnold (1784) a observat strâmtorări de torace, însoţite de accese de alienaţie, însă el nu afirmă ftizia ca o cauză a psihozei.

Schmittmann şi *Mean* (1799), relatează despre apariţia turburărilor psichice în tuberculoza pulmonară gravă şi accentuiază retrocedarea des observată şi manifestă a fenomenelor ftizice odată cu explozia turburărilor psihice.

Jacobi, protagonistul teoriei somatice a alienaţiunii, a cunoscut şi a descris cel dintâiu caracterele psihozei tuberculoase. El crede că în cele mai multe cazuri de alienaţie asociate cu tuberculoza, se vede pecetia specială şi caracteristică a

afecţiunii psychice ce consistă în «manifestaţiuni de tonuri sentimentale variate, bizarerii, instabilitate» care caracterizează toată conduita şi actele unor asemenea bolnavi, într'un mod aşà de particular, încât se serveà de ele ca mijloc de diagnostic.

In Franţa, *Pinel* (1819) întemeietorul psihiatriei pe baze ştiinţifice, şi după el *Georget* (1821) şi *Esquirol* (1838), au atras atenţia asupra frecuenţei afecţiunilor pulmonare la alienaţi; iar *Guislain* (1826), numără mai multe exemple din care reese intensitatea schimbătoare a fenomenelor psihice şi ftizice, afirmă că ftizia influenţează mai des nefavorabil asupra psihozei şi că nu este constant antagonismul remarcat de Mean, între ftizie şi psihoză.

Guislain în Belgia, atribue influenţelor exterioare, aerului viciat în care trăesc alienaţii, strigătelor lor, insuficienţei de alimentaţie, poluţiunilor, ba chiar tratamentul prin apă rece (duşurile) ca având toate o influenţă în isbucnirea afecţiunii pulmonare. El face tocmai o remarcă, foarte justă după noi, că se întâmpină mari dificultăţi în diagnosticul tuberculozei în timpul vieţei. De multe ori a văzut psihoza ca fiind direct de origină tuberculoasă uneori expresiunea unei tuberculoze meningeale sau cerebrale.

Esquirol e convins că oftica cauzează turburări psihice sau alternează, cu acestea, convingeri ce şi le-a făcut, observând ftizia la melancolici la care erà destul de frecuentă.

Scanned with OKEN Scanner

In Anglia *Burrows* și mai ales *Ellis*, relevează raportul dintre ftizie și psihoze și atrag atenția că autopsia a permis să se observe numeroși tuberculi la alienați, cari nu avuseseră de loc expectorație purulentă (1840).

In Germania, *Friederich* se ocupă de acelaș subiect, fără însă să detalieze constatările sale (1839).

Hagen sprijinit pe lucrările lui *Jacobi*, spune că tuberculoza apare în toate formele de alienație și el nu recunoaște o formă specială psihozei tuberculoaze. Coexistența ambelor maladii este cevà accidental, o complicație. Din contră, el nu neagă că tuberculoza fără să atingă direct creerul, poate să deà loc la modificări psihice și afective, ce după natura individului, după temperament, se manifestă diferit, însă care, în caz de predispoziție, facilitează explozia unei maladii psihice prin «sensibilizarea creerului pentru excitațiuni psihice». Intrebarea dacă caracterul excitabil al tuberculoșilor e produs prin acțiunea toxinei tuberculoase sau prin turburarea pulmonară, *Hagen* nu o rezolvă. El nu a văzut exemple de încetarea complectă a tuberculozei pulmonare prin alienație, cel mult o încetineală și o reducere a ftiziei și aceasta erà numai în aparență. Insistă chiar asupra greutăților, pentru diagnoza de timpuriu a tuberculozei.

Și *Buri*, într'o lucrare foarte documentată, nu admite o frecuență mai mare de tuberculoză la alienați, deși statistica sa anterioară arată că în azilul din *Viena*, între 1853—1856, mortalitatea

prin tuberculoză eră frecuentă, dând ca procent ţifra de 30 %.

Autorul mai adaogă că turburările psihice de nuanţă maniacă şi melancolică, odată cu apariţia pe faţă a tuberculozei pulmonare, dispăreau sau se ameliorau simţitor. In majoritatea cazurilor, tuberculoza precedà psihoza, o probă că psihoza nu eră cauză a ftiziei, pe când în unele cazuri, tuberculoza eră sigur cauza psihozei; în 20 % din cazuri, tuberculoza eră latentă. In special, melancoliile inveterate pot conduce la tuberculoză şi durata şederii în azil, după dânsul, este fără influenţă în această privinţă. In afară de acestea, el confirmă raritatea tuberculozei în Paralizia generală.

Neumann admiteà ca şi *Iacobi*, o afecţiune psihică specială pentru tuberculoza pulmonară, însă autorul contrar lui *Iacobi*, care descrie ca simtome excitabilitatea şi debilitatea intelectului, spune că se vede mai des o depresie din partea bolnavilor tuberculoşi, o revenire asupra stărei lor cu un grad de semi-luciditate vădită şi de conştiinţă despre starea lor. Aceasta la început, în urmă se arătà o iritabilitate, prin care bolnavul se menţine într'o continuă stare de mulţumire faţă de anturaj.

Fleming de asemenea e de părere că tuberculoza, de care mor mulţi alienaţi, poate produce turburări psihice. Şi dânsul admite apariţia, uneori, în stadiul III-a al ftiziei de stări de excitaţiuni intense ce merg până la furie şi nu atribue nici anemiei nici

Scanned with OKEN Scanner

sleirei sau febrei excitaţia cerebrală, ci numai maladiei pulmonare, fără însă să deà o explicaţie, dacă aceasta e datorită turburărilor din partea sângelui arterial sau pătrunderii de substanţe nocive în sânge din pulmonii distruşi.

Morel atrage atenţia că bizarerii, nervositate, depresie trecătoare, adesea, sunt trecute cu vederea la începutul tuberculozei. Numai în ultima perioadă, bolnavii consumaţi fie prin febră, fie prin hemoragie, ajung la un delir. El mai adaogă că a văzut cazuri, în care fiecare hemoptisie erà urmată de delir şi stări de excitaţie. *Morel* încă mai mult socoteşte melancolia ca tovarăşe a tuberculozei incipiente şi excitaţia maniacă ca manifestaţie obicinuită în ultimul stadiu al ftizicilor alienaţi. Drept cauză el admite în parte turburări circulatorii, în parte tuberculoză meningeală.

Griesinger neagă orice antagonism între ftizie şi alienaţie, deşi admite o alternanţă vădită în intensitatea simtomelor cerebrale şi pulmonare, crede însă că procesul tuberculos progresează liniştit, numai turburările subiective ale afecţiunii pulmonare retrocedează cu apariţia turburărilor psihice. Autorul, după statistica sa, dă ftiziei un contigent mai mare indivizilor din azile, decât celor normali dela ţară, pe când orăşenii normali nu arată o ţifră morbidă mai mică.

Dagonet e de opinie, că adeseaori ftizia la alienaţi e trecută cu vederea; într'o $^1/_4$ de autopsii din toate cazurile, a găsit drept cauza morţii, tuberculoza pulmonară. Nu a văzut niciodată o influenţă

favorabilă a psihozei asupra afecţiunii pulmonare, din contră, starea alienaţilor se înrăutăţeà mai adesea, odată cu progresul tuberculozei: maniacul deveneà mai agitat, melancolicul aveà mai des atacuri anxioase şi demenţii deveneau din ce în ce mai demenţi.

Din contră, *Schröder van der Kolk* e de părere că tuberculoza şi psihoza pot coexistà. Cu apariţia uşoară de simptome ftizíce însă, se vedeà adesea o alternare a ambelor afecţiuni iar cu vindecarea psihozei explodà ftizia cu mai mare putere. Drept cauză a alternării, autorul admite o sensibilitate schimbătoare a vagilor şi a măduvei prelungite, el concepând tusea şi poate chiar ftizia ca urmare a unei afecţiuni a măduvei prelungite şi a vagilor.

Clouston în 1864 observă un raport între tuberculoză şi alienaţie mintală şi dă o descripţie a psihozelor tuberculoşilor. El găseşte că mortalitatea de tuberculoză printre alienaţi este de *50—60%* comparativ cu la normali *25%*.

Monneret de Fleury în 1847 spune că tuberculoza pulmonară poate să fie favorizată prin turburarea nervoasă care împedică respiraţia.

Briquet în tratatul său asupra histeriei, crede că nervoza nu este decât un semn de intoxicaţiune, «se înşeală cineva când spune că tuberculoza este consecinţa isteriei, eretismul nervos produs de prima impresie a tuberculizării, determină mişcarea nervoasă isterică.

In Austria *Fischer* se ocupă de asemenea de frecuenţa tuberculozei la alienaţi.

Workman (1862) în America pretinde că din toate complicaţiile psihozei incurabile nici una nu este mai frecventă şi mai fatală ca ftizia.

In 1874, apare teza lui *Hahn*, unde rezumă cunoştinţele câştigate până atunci asupra acestei chestiuni. Apoi teza lui *Mat* (1875) şi în urmă *Bra*, în manualul său de boale mintale, descrie euforia tuberculoşilor, tendinţa la visuri poetice şi «slăbiciunea nervoasă».

Pidoux, în 1872, constată, în studiile sale asupra ftiziei că ftizia merge foarte lent şi cu remisiuni incalculabile la persoane afectate de nevroze.

Leudet în raportul său la congresul din Havre din 1878 spune că tuberculoza pulmonară la isterici poate să evolueze foarte repede, cum poate să aibă şi o durată indefinită.

Ball în aceeaşi epocă insistă asupra iritabilităţii, susceptibilităţii morbide, dificultatea caracterului tuberculoşilor, descrie perderea simţului moral, delictele, crimele la care poate să ducă intoxicaţia tuberculoasă şi crede că poate să formuleze legi, stabilind influenţa turburărilor mintale, asupra evoluţiunii tuberculozei :

1-a lege că, cele două afecţiuni, psihică şi somatică au un mers paralel.

A 2-a lege că, tuberculoza şi psihoza alternează.

A 3-a lege că, psihoza înlocueşte ftizia. *Ball* citează în sprijinul acestei legi, cazul unei persoane, care singură dintr'o familie de tuberculoşi, scapă de

Scanned with OKEN Scanner

infecţia bacilară pentru a sucombà alienată «printr'o transformaţiune a ereditătii morbide».

In 1779, *Peter*, în clinicele sale insistă asupra rolului predispositiei ereditare în apariţia turburărilor delirante şi conchide că: «cineva nu devine alienat, întâmplător, dar pentrucă are un creer slab şi se ştie că în totdeauna cazi de partea povârnişului».

După *Schule*, ftizia galopantă, predispune nu rar la o psihoză acută, care apare sub dublă formă, ca excitaţie ce merge până la explosii maniacale, şi al doilea ca o demenţă primară. El e de părere că în majoritatea cazurilor, psihoza precedă tuberculoza, însă recunoaşte influenţa nocivă a tuberculozei asupra intelectului, a cărei exprimare se vede în cunoscuta euforie ftizică.

Arndt ţine mai ales stadiul iniţial al ftiziei, drept o cauză nu neobicinuită a diatezei psihopatice şi menţionează alternarea simtomelor ambelor afecţiuni.

Kraft-Ebing menţionează afară de euforia cunoscută a ftizicilor, melancolia, pe care o pune pe contul afecţiunii pulmonare, consumtive şi care conduce încet, încet la slăbiciune psihică, prin atrofia creerului, ce apare şi prin edemaţiarea organului.

Grasset, în 1884, arată frecuenţa tuberculozei în antecedentele istericilor şi deliranţilor.

Teza lui *Furet* din 1888 discută rolul tuberculozei în geneza isteriei. «Tuberculoza nu poate să deà naştere isteriei, poate însă să o deştepte, să coexiste cu ea. Cele două afecţiuni pot să se influenţeze reciproc, moderându-se una pe alta,

până când una din ele triumfă şi aceasta este în general tuberculoza.

Gilles de la Tourrette în 1891, în tratatul său despre isterie, crede că isteria, ca orice afecţiune, susceptibilă de a debilità organismul, favorizează ivirea tuberculozei, adăogând că nu o poate opri în desvoltarea sa.

Weil (1893), studiază turburările nervoase în tuberculoza pulmonară, apoi *Carrière*, care pune pe socoteala nevrozei, turburările nervoase periferice, observate în tuberculoză.

Voisin mai de curând, presupune o predispoziţie ereditară tuberculoasă şi admite o alienaţie tuberculoasă proprie, care începe cu stări melancolice, halucinaţiuni frecuente, umoare tristă sau anxioasă, idei de suicid, agitaţie cu stupoare, violenţe, etc. Adesea această alienaţie tuberculoasă e însoţită de simtome somatice: ptosis, paralizie facială, vărsături, febră, sudori nocturne, în scurt fenomenele de meningită.

Cullère constată că $^1/_5$—$^1/_4$ din toate cazurile mortale de alienaţi erau consecinţa tuberculozei, care atingeà în special formele cu depresie profundă, demenţii, idioţii şi în urmă maniacii. Drept cauză el vede alimentaţia insuficientă, care apare mai evidentă la melancolicii stupizi.

După *Kraepelin*, poate ca euforia şi excitaţia sexuală la tuberculoşii psihiceşte sănătoşi, să se desvolte până la apariţia unei excitaţii maniace uşoare, cu idei delirante confuze, umoare veselă, care poate să aibă multă asemănare cu psihozele prin sleire.

Scanned with OKEN Scanner

In Belgia *Crocq* (fiul) într'o serie de observaţiuni, prezintă cazuri unde alienaţia provine chiar dintr'o stare diatezică preexistentă şi în al douilea rând, arată cum poate proveni din transformaţiunea unei maladii diatezice. Printre diateze, dânsul numeà şi tuberculoza.

Morselli deasemenea arată că «tuberculoza ascendenţilor este cauza unui gen de diateză, care la descendenţi, favorizează desvoltarea nevrozelor. Tuberculoza dobândită este origina numeroaselor afecţiuni ale sistemului nervos central sau periferic. Influenţa toxinei tuberculoase este recunoscută când spiritul este isbit în acelaş timp cu nervii periferici. Acţiunei toxinei tuberculoase trebue să se adaoge predispoziţia individuală, care are rolul său în isbucnirea şi desvoltarea acestor turburări mintale. In afară de acţiunea sa chimică, toxina tuberculoasă lucrează într'un mod mecanic prin oarecare producţiuni (tuberculi, abcese cerebrale, etc.), cari pot să determine nevroze sau psihoze.

Elementele ţesutului nervos, impregnate de toxina tuberculoasă, nu prezintă nici o leziune caracteristică. In celula nervoasă se observă cromatoliza obicinuită, coagularea şi vacuolizarea, degenerarea pigmentară, etc.

Klippel şi *Lhermitte* socoteşte că fondul ereditar nu este de ajuns şi că trebue să ne gândim la alte cauze, printre cari în primul rând sunt infecţiunile şi auto-intoxicaţiunile.

De asemenea *Maurice Craig*, conchide că ftizia

a fost şi este cauza mortalităţii frecuente în azile. Apoi *Letulle* în 1900, *Engel* în 1902, *Malibran, Berand, Daremberg, Carncross, A. Marie* (1906), descriu în mod amănunţit turburările psihice ivite la alienaţi.

Bienvenu în 1903 observă un sindrom, caracterizat printr'o depresiune profundă cu stupoare, rezistenţă mai mult sau mai puţin complectă la orice acţiune exterioară, refuz de alimente, etc. In toate aceste cazuri constată o tuberculoză cu mers repede, stare febrilă gravă, producând moartea în scurt timp. Meningele şi creerul, fiind indemne de orice lesiune tuberculoasă, atribue simtomele mintale unei toxine specifice. Şi în această privinţă se ştie că tuberculina injectată la animale, produce adeseori o stare de torpoare.

Infine, ca să terminăm cu istoricul, să mai adăogăm lucrările de teze ale lui *Chartier, Bonnardière, Kara-Eneff,* cari cu toţi ajung la concluziunea că tuberculoza este mai frecuentă printre alienaţi.

Am văzut în general părerile diferiţilor autori asupra acestei chestiuni şi că toţi ajung la concluziunea că există un raport între tuberculoză şi psihoză. Mulţi dintre ei menţionază greutatea ce întâmpină în diagnosticul tuberculozei pulmonare la alienaţi, greutate de care ne-am isbit şi noi, când cercetări noi experimentale au dat la iveală un preţios mijloc de diagnostic, e vorba de *oftalmoreacţiune*. De acest nou procedeu am uzat, pentru a diagnosticà de timpuriu tuberculoza pulmonară, lucru atât de important pentru patogenia mai ales a

unei forme de alienaţie mintală, demenţa precoce, asupra căreia vom revenì într'un capitol special când vom vedeà şi concluziunile la care am ajuns.

Observaţiile medicale din ospiciul *Mărcuţa*, de peste 30 de ani, ale d-lui profesor *Sutzu*, conduc la aceeaşi constatare, că într'adevăr alienaţii cad des în tuberculoză şi că această afecţiune sfârşeşte pe mulţi dintre ei mai curând sau mai târziu.

Statistica noastră, pe care o vom pune în paralelă cu ale clinicianilor din alte ţări, ne procură date destul de elocuente.

Dăm acì 2 tabele, de frecuenţa tuberculozei în azil şi în Capitală.

Mortalitatea de tuberculoză în Ospiciul Mărcuţa pe anii 1902—1903 şi 1904.

ANII	Procentul mortalităţii generale în raport cu populaţia azilului	Procentul mortalităţii prin tubercul. în raport cu populaţia azilului	Procentul mortalităţii prin tuberculoză în raport cu mortalitatea generală
1902	13,7%	4,9%	35,5%
1903	12,6%	2,60%	21,1%
1904	12%	4,8%	40%
	Media 12,7%	4,1%	32,2%

Mortalitatea de tuberculoză în Capitală pe anii 1902—1903 şi 1904.

ANII	Procentul mortalităţii generale în raport cu populaţia Capitalei	Mortalitatea de tuberculoză în raport cu populaţia	Procentul mortalităţii prin tuberculoză în raport cu mortalitatea generală
1902	2,69%	887	După calculul statistic al Direcţiei Generale sănitare este *12,5%*.
1903	2,42%	910	
1904	2,42%	1231	
	Media 2,51%	*Media* 1009, ceeace revine la 0,33%.	

Din aceste tabele se vede într'un mod vădit că în ospiciul *Mărcuţa*, mortalitatea generală şi mai ales mortalitatea prin tuberculoză, este incomparabil mai mare, aceasta ultimă fiind aproape de *15* ori mai mare decât în populaţia Bucureştiului. Să adăogăm în treacăt că la noi în Capitală, tuberculoza e destul de frecuent, (*0,33%*), comparată cu străinătatea. Aşà după o statistică străină, făcută pe *4* ani şi privind oraşele mari ale Europei găsim: în Franţa *0,35%*; în Italia *0,27%*; în Germania *0,27%*; în Danemarca *0,23%*.

Acum pe dealtă parte, dacă comparăm mortalitatea prin tuberculoza din ospiciul nostru, nu cu

Capitala, care din cauza aglomeraţiei, dă un contigent mare de tuberculoză, dar cu oraşele, capitale de judeţ şi altele din ţară, atunci contrastul e mai isbitor, căci la acestea din urmă abia se ridică la ţifra 0,21%, faţă de a ospiciului 4,1%.

Cercetând statisticele străine ale diferitelor azile, nicăiri nu găsim atâta mortalitate prin tuberculoză ca în ospiciul nostru; ţifra maximă e 28% şi aceasta într'un singur azil din Rusia, pe când în ospiciul *Mărcuţa* media anuală a procentului mortalităţii prin tuberculoză, faţă de mortalitatea generală, este de 40,7%. Mortalitatea generală variază, se apropie de ţifra noastră, o egalează uneori dar de cele mai deseori tot noi ţinem recordul. Aşà statisticile pe 30 ani ale azilului *Charité-sur-Loire*, făcute de *Samuel Garnier*, ne arată *1,05%*, mortalitate generală.

La azilul dela *Roche-Gandon* (Mayenne), ţifra variază între *10,26%* şi *11%*.

In azilul din *Bordeaux*, *Anglade* găseşte în anul 1902, media mortalităţii *10,2%*.

Ţifra mortalităţii prin tuberculoză în raport cu mortalitatea generală în azilul din *Rennes* a fost *22,7%*.

In azilele din Statele-Unite şi New-York, proporţia mortalităţii generale nu este de cât *10—12%*. *Sokalski* dă o mortalitate totală de 7,85% în azilul rus *Oufa* şi o mortalitate de *28%* prin tuberculoza pe anul 1902.

Din toate acestea constatăm că tuberculoza în ospiciul *Mărcuţa* este mult mai frecuentă de cât

în populaţia restului ţărei şi de cât în azilele din străinătate. Şi explicaţia o găsim imediat în condiţiunile cu totul diferite ale ospiciului nostru: localul azilului de azi, altădată o fabrică de flanele, prezintă în mare parte aceleaşi cămăruţe scunde, neaerisite, ruinate, cu totul neigienice, unde aceşti desmoşteniţi, adevărate ruine ale sufletului omenesc, veniţi, să-şi aline suferinţele, stau îngrămădiţi unii lângă alţii, lipsiţi de lumină şi de aerul trebuincios, sfârşindu-se de cele mai adeseaori prin tuberculoză.

Pe dealtă parte sunt greutăţile de internare în Ospiciu, greutăţile nu atât condiţionale prin legea alienaţilor, cât prin aparatul administrativ, însărcinat cu îndeplinirea formalităţilor. Prin aceasta, alienatut e lăsat să vagabondeze, lipsit de hrană şi de orice tratament şi tocmai târziu, uneori agonic ni se trimite în ospiciul nostru, unde se înţelege cât de puţin poate să resiste infecţiei bacilare.

Dar această stare deplorabilă a ospiciului, care întreţine în continuu focarul tuberculos, nu poate să ne explice totul, căci în azilele străine unde igiena este în floare, totuşi tuberculoza persistă şi încă într'o mare măsură.

Desigur că pentru unii alienaţi, trebue să existe alte cauze, care cum vom vedeà, favorizează isbucnirea şi desvoltarea tuberculozei.

După statistica noastră, mortalitatea generală în ospiciu, timp de 3 ani, 1902, 1903, 1904, a fost de *163* din cari *52* prin tuberculoză pulmonară;

Scanned with OKEN Scanner

din aceştia am găsit *18 paralitici generali* din *68*, *5 melancolici* din *7*, *4 epileptici* din *6*, *4 isterici* din *7*, *2 alcoolici* din *7*, *2 idioţi* din *4*.

De aci reese că mortalitatea prin tuberculoza pulmonară, abundă la melancolici, epileptici, isterici şi din contră este diminuată la paraliticii generali. Şi aci poate, evoluţiei repede a paraliziei generale i se datoreşte această stare refractară în aparenţă la agentul bacilozei.

Deasemenea poate ca schimbările fiziologice importante, apărute la melancolici, isterici, etc., să-i pue într'o stare de receptivitate particulară şi să favorizeze astfel isbucnirea tuberculozei.

In afară de aceasta, o statistică a noastră pe ultimii 3 ani, 1095, 1906 şi 1907, de când figurează în clasificaţia psihozelor a d-lui profesor Sutzu, sindromul clinic zis demenţa precoce, care până atunci se confundà cu stările confuzionale, stările cu stupoare şi paranoide, ne-a dat următoarele rezultate: din *175* morţi, la *83* s'a constatat tuberculoza pulmonară şi din aceştia *18* erau *demenţi precoce* din *19*; *16 paralitici generali* din *61*; *9 paranoia* din *10* (în care probabil intră şi forma paranoidă a demenţei precoce); *2 alcoolici* din *7*; *3 demenţi ateromatoşi* din *9*; *6 demenţi vezanici* din *8*; *9 epileptici* din *24*; *4 melancolici cu stupoare* din *6*; *1 pelagros* din *6* şi alte câteva cazuri.

Ceeace ne isbeşte în primul rând în această statistică este frecuenţa mortalităţii prin tuberculoză în forma clinică, demenţa precoce. Asupra

acestui raport între aceste două procese morbide diferite, s'a făcut numeroase ipotese şi cercetările moderne asupra proceselor toxi-infecţioase, ce ar fi la baza demenţei precoce, ne-a îndemnat să întreprindem şi noi cercetări, prin mijloace ştiinţifice noi, în această direcţiune, iar concluziunile la care am ajuns le vom redà mai la vale.

Inainte de aceasta, ţinem să dăm în rezumat descripţiunea clinică a grupului demenţei precoce ceeace vom face în capitolul următor.

Scanned with OKEN Scanner

GRUPUL MORBID AL DEMENTEI PRECOCE

Generalităţi. — Descripţiune clinică. — Patogenie. — Anatomie patologică.

Vocabulul de *Demenţă Precoce* caracterizează un grup astăzi clinicește bine definit, a cărei cunoaştere este datorită în mare parte lui *Kraepelin*.

Acest autor sprijinit pe lucrări anterioare, în special pe relatările clinice ale lui *Kahlbaum*, *Hecker*, *Brosius*, *Neisser*, *Kiernan*, *Spitzka* şi alţii, a arătat valoarea nosologică a acestui sindrom şi mai cu seamă însemnătatea clinică a lui, egalând pe aceea a paralisiei generale, după mulţi *(Deny, Serieux, Abrahan, Weigand, Sutzu)*.

In totalul lui, acest grup morbid coprinde tablouri clinice variate, cu debut şi evoluţie atipică, însă toate cu o caracteristică comună în ceeace priveşte terminaţiunea. Este vorba de o demenţă, care caracterizează fiecare din formele descrise din grupul în chestiune, demenţă proprie cu particularităţi clinice bine definite.

După cum vedem descris în toate cărţile clasice de azi, demenţa precoce coprinde trei forme :

hebefrenică catatonică, paranoidă, pe lângă care unii autori descriu o a 4-a formă, *demența precoce simplă* sau *heboidofrenie*, a cărei existență este justificată și după noi.

Vom descrie succint aceste forme clinice, arătându-le în trăsăturile lor generale.

Hebefrenia e o imagine clinică, ce se caracterizează prin o serie de simtome variate, care-i dau un aspect special și mai cu seamă prin starea demențială particulară, ce însoțește și termină în majoritatea cazurilor, această formă morbidă.

Ea apare în etatea juvenilă la indivizii normali, fără nici un deficit intelectual anterior, cei mai mulți fără stigmate mintale degenerative.

Debutul e variat. In majoritatea cazurilor este o stare de excitație sau de depresie, ce se însoțește cu halucinațiuni, idei delirante variate, polimorfe, toate semnate cu pecetia unei stări de debilitate psihică, de recunoscut la un moment dat. Ca contrast se vede la dânșii păstrarea unei lucidități prin raport la mediul din prejur, de asemenea memoria conservată, dar ceeace suferă mai mult este voința și afectivitatea.

Cei mai mulți bolnavi, după câteva oscilațiuni, în plus sau în minus, tind către demență în 75% din cazuri; în rest, starea demențială nu e vizibilă, așà că e vorba de remisiuni și de vindecați, aparent.

A doua formă, *Catatonia*, erijeată de către *Kraepelin* pe baza descripțiunilor vechi ale lui *Kahlbaum*, coprinde cazuri, cari se remarcă în totalul lor

prin stări de stupoare sau de excitaţie, însoţite de negativism, impulsivitate, stereotipii şi sugestibilitate în acte şi manifestaţiuni motorii, toate cu un aspect propriu.

Imaginile clinice în această formă sunt mai pregnante dela început, printr'o serie de simtome patognomonice acestei forme. In afară de fenomenul iniţial de depresie, însoţit de halucinaţiuni şi idei delirante multiple, sunt manifestaţiunile motorii, cari în majoritatea cazurilor domină tabloul clinic: *stupoarea catatonică*, *atonitatea*, *catalepsia*, *negativismul*, *mutismul*, *stereotipia*, *manierele*, *atitudinele*, *forţate*, etc. etc. Ele nu se relevează ca expresiunea unor turburări depinzând de conştiinţă, ci psihologiceşte sunt în funcţiune de atingerea profundă a vieţei volitive, care contrastează cu vieaţa psihică. Mai cu seamă simtomele motorii trebuesc să-şi aibă origina într'o alteraţiune profundă, ce presupune un substrat material.

Toate simtomele menţionate se arată în evoluţia ulterioară a tabloului clinic într'un grad mai accentuat şi mai uşor de recunoscut. O caracteristică este apariţia şi dispariţia lor bruscă, transformările subite ce ele pot să încerce, dar sub ori-ce formă s'ar arătà, au aceaşi rădăcină, ce residă în turburările, cum am spus, ale voinţei şi ale sentimentului.

Nu insistăm asupra mecanismului psiho-patologic care explică geneza acestor simtome, cărţile clasice şi lucrările recente abundă sub acest raport.

Scanned with OKEN Scanner

Cei mai mulţi dintre catatonici, tind către o demenţă profundă şi în această stare devin inutilisabili în azile. O parte din ei păstrează un grad de activitate, necesar însă de a fi deşteptat artificial, iar un rest mai poate căpătă libertate şi a trăi în familiile lor însă apatici şi indolenţi. Din acest întreg grup de catatonici se recrutează cum vom vedeà contigentul de tuberculoşi, cari dau surprize dese în cursul autopsiilor.

Din timp în timp se mai observă la bolnavii, aparţinând acestei forme, apariţia bruscă de atacuri, cari deschid scena sau întrerup cursul maladiei. In multe cazuri, constatarea lor condiţionau diagnosticul de isterie sau de epilepsie pentru autorii din trecut. Observaţiunile de azi au venit să precizeze mai mult valoarea acestor atacuri, stabilindu-se că e vorba cu ele de pure manifestaţiuni motorii, convulsivante, inerente maladiei, cum sunt cu cele din paralizia generală, nevroze, etc., etc.

A III-a formă, *demenţa paranoidă*, coprinde o mare parte din paranoia autorilor francezi şi germani *(Falret, Schulle, Magnau,* etc.), Ea se caracterizează prin apariţia unui cortegiu de manifestaţiuni delirante, în care domină ideile de persecuţie, alimentate de halucinaţiuni şi ilusiuni, lângă cari vine mai curând sau mai târziu să se trădeze o *stare demenţială* vădită. După unii autori se pare că *Kraepelin* prea lărgeşte prin descripţiile ce le dă într'o măsură neobicinuită, cadrul acestei forme şi discuţiunile ultime vin să pledeze mult în defavoarea clinicianului dela Münich.

Simtomatologia în această formă clinică e complexă şi variabilă, aşà că se sustrage unei descripţiuni sumare, ca s'o putem redà aci, definiţiunea ei însă dă îndestul o idee generală.

In fine a IV-a formă e *demenţa precoce simplă* sau *heboidofrenică,* în care manifestaţiile delirante şi halucinatorii, lipsesc în mare parte. Ea se arată mai mult .prin o stare de debilitate progresivă, simplă în aparenţă, întreruptă numai rar în desvoltarea ei de simtome catatonice sau paranoide clare. Câteva maniere, câteva semne de negativism, de ecopraxie, ecolalie şi acestea într'un grad atenuat, vin să însoţească tabloul obişnuit.

Ţinem să accentuăm aci că mulţi dintre *vagabonzii, pretinşi imbecili morali* şi dintre *idioţii superiori* şi *imbecilii inferiori* din azile, aparţin acestui grup, *(Weygand, Sutzu).*

Un punct de mare interes este, cu privire la modul de terminaţiune al diferitelor forme de demenţă precoce. Credem că sub acest raport e interesant a dà ultimele vederi ale lui Kraepelin.

In ultima sa ediţie clinicianul admite 9 moduri de terminaţiune care ar fi următoarele: 1) *vindecarea complectă,* cu rezerva însă că poate cazurile ce intră aci nu aparţin demenţei precoce; vindecarea ar fi mai mult privind-o, din punct de vedere practic; 2) *vindecarea cu defect* în care se observă obtusiune psihică cu atingerea afectivităţii şi a voinţei; 3) *demenţa simplă* cu resturi ale maladiei; 4) *demenţă cu confuzie cerbală*; 5) *demenţa halucinatorie* cu idei delirante şi halucinaţiuni; 6)

paranoia halucinatorie; 7) *demența paranoidă;* 8) *demența puerilă* și în fine al 9-lea *demența cu obtusiune profundă.*

Intrucât această diviziune în descripție e în acord cu faptele clinice, rămâne încă exámene de control, ce trebuesc făcute în viitor.

Acestea sunt, în liniamente generale, caracterele grupului morbid al demenței precoce Kraepeliniene, admise azi de către majoritatea clinicianilor. Studiul lui nu este încă terminat și nici autorul nu și-a dat ultimul cuvânt.

Cum vedem, toate formele clinice și-au o simtomalogie, care în unele părți ale ei se vede a fi comună. Numai catatonia se arată, dintre toate formele descrise de autor, ca cea mai palpabilă clinicește și aceasta de oarece prin unele din fenomenele clinice, mai cu seamă cele de ordin motor, se arătà sub un aspect special ca imagine clinică.

Așà că sunt simtomele catatonice, care s'au valorat mai mult, simtome privite la început ca patognomice și unice acestei forme morbide; încet, încet însă, pe măsură ce studii clinice asupra însemnătății acestor simtome catatonice s'au întreprins, s'a văzut că ele se pot întâlnì și în alte sindrome clinice decât catatomia.

Unii contestatori ai demenței precoce, au crezut prin acesta că au găsit cheia de dărâmare a grupului morbid lui *Kraepelin (Schülle, Serbsky)* însă lucrări ulterioare au readus la justa lor apreciație, simtomele în chestiune, accentuând că ele sunt specifice ca să

Scanned with OKEN Scanner

zicem astfel, atât cât le interpretăm clinicește prin raport la afecțiunea dela bază.

Nissl, Kaiser și *Sutzu*, au demonstrat aceasta, sprijinindu-se pe date clinice suficiente și pe argumente peremptorii.

Iar observațiile noastre clinice ne-au adus convingerea în acest fel, căci pe un număr de alienați diferiți, am putut înregistrà unele din fenomenele catatonice: la paralitici ca și la epileptici și în stupoare, la depresivii melancolici ca și la organicii înaintați. *Kraepelin* din capul locului a atras atențiunea asupra diagnosticului diferențial al simptomelor în diferite afecțiuni și a emis explicațiuni psihologice deosebite, prin raport la fiecare din ele. Trecem peste asemenea considerațiuni de detaliu.

Asupra naturei maladiei, vom spune că s'a emis oarecari păreri, deși de oareși care valoare, totuși ele nu pot servì de sprijin solid pentru conclusiuni mai certe. Chiar *Kraepelin* vede multă obscuritate sub acest raport. Contestă părerile autorilor cari văd în demența precoce un proces morbid în funcțiune de degenerescență, căci după dânsul nu se poate concepe, cum un degenerat poate cădeà în demență, dacă nu se petrece în organismul său, perturbațiuni de altă ordine, intime și evolutive, care să condiționeze apariția fenomenelor psihice. Așa că à priori de acì e de întrevăzut că la baza sindromului morbid, trebue să existe un proces de o natură particulară.

Kraepelin emite ipotesa că ar puteà fi vorba de un proces *auto-toxic.*

Dat fiind raportul demenţei precoce cu epoca desvoltării individului, cu turburările de menstruaţie, cu fenomenele generatorii, cu menopauza, el înclină a formulà ipoteza ingenioasă, vagă de almintrelea, susţinută şi de alţi autori, că auto-intoxicaţiunea prezumată ar fi de *natură sexuală.* In tot cazul această ipoteză, oricât de vagă, a deşteptat ideia, confirmată azi în parte, că la baza demenţei precoce, trebue să existe un proces material, palpabil, întocmai ca în epilepsie şi alte pretinse nevroze.

Lomer, influenţat de vederile lui *Kraepelin* cu privire la patogenia demenţei precoce şi anume cum că între acest proces morbid şi funcţiunile vieţei sexuale, ar existà o anumită corelaţiune, a examinat raporturile între începutul sindromului şi acel al menstruaţiunii şi în cursul lui între perioadele de excitaţie şi periodul menstrual şi în fine acele raporturi care există cu alte evenimente ale vieţei sexuale, sarcina, căsătoria etc. Examenul a fost făcut la 86 de femei, atinse de demenţă precoce. Autorul a constatat în dese cazuri, halucinaţiuni de natură sexuală, la multe, tendinţa sexuală exagerată, masturbaţiunea etc.

Din ancheta aceasta rezultă după autor, că *elementul sexual*, are o importanţă pentru isbucnirea şi desvoltarea demenţei precoce. Din această relaţiune, el spune şi mai mult că trebue admisă o

influenţă a alteraţiunilor patologice a secreţiunii interne a ovarelor, puţin importă dacă e vorba de o ipersecreţiune sau de o alteraţiune în compoziţie. Un argument mai mult găseşte autorul de mai sus, în faptul că turburările în funcţiune de demenţă precoce, pierd din acuitate după menopauză şi că cu progresul demenţei apare o obesitate progresivă. Ca consecinţă pentru tratament, autorul propune castraţia dublă şi aceasta cât de neîntârziat(?).

In aceeaşi ordine de idei *Lundborg* a încercat în urma studiilor făcute asupra miocloniei, de a arătà existenţa unei corelaţiuni între aceasta şi forma catatonică a demenţei precoce.

Mai târziu el a continuat a aduce o aceeaşi legătură între mioclonia şi simtomele catatonice, în special negativismul. Şi atunci a emis ipoteza că o parte din aşa numitele «nevroze motorii» între altele tetania, mioclonia şi miotonia, se găsesc într'un raport de reciprocitate. Ele trebuesc privite ca afecţiuni auto-toxice, pendinte de o insuficienţă mai mare sau mai mică a glandei paratiroide. Infine mai de curând convingerea a fost şi mai mare pentru autor de a admite că complexul catatonic, aparţine unui aceluiaşi lanţ de maladii, alături de tetanie, mioclonie, miotonie, cu care presintă punte de atingere intime.

Şi el sprijină vederile sale pe fapte clinice, destul de elocuente. Aşà din faptul că s'a observat convulsii mioclonice şi în demenţa precoce *(Faber)*, s'ar puteà conchide că şi la baza ei ar

există o stare de intoxicaţie endogenă, rămânând însă ipotetic dacă în procesul patogenetic joacă un anumit rol glanda para-tiroidă.

Autorul prin această ipoteză nu cade în dezacord cu ipoteza lui *Kraepelin,* asupra demenţei precoce, cum că ar fi datorită unei auto-intoxicaţii, care e în legătură mai mult sau mai puţin cu procesul ce s'ar petrece în organele sexuale, fiindcă se ştie că funcţiunile glandei tiroide stau într'un definit raport cu acele ale organelor sexuale.

Pe de altă parte, cercetări de laborator, urologice, hematologice şi cytologice precum şi experimentale au fost îndreptate şi asupra liquidelor organice demenţilor precoci, cercetări încă incomplecte, dar care ar păreà că duce la bănuiala despre existenţa unor alteraţiuni organice de necontestat.

Lichidul *cefalo-rachidian* a fost examinat în primul rând; citologia lui nu a dat decât rezultate vagi. Ici şi colo s'a afirmat presenţa unei *mononucleoze* însă foarte discretă constatată dealtmintrelea în unele cazuri şi de către noi.

De asemenea tot în aceia direcţie cercetările *urologice* şi *hematologice*, făcute în acest sindrom clinic, de *Dide* şi *Chenais* au condus de asemenea la câteva rezultate pozitive.

Aşà ei au constatat că globulele albe, polinclearele, mononuclearele mari şi mici nu sufer nici o schimbare; singure *eosinofilele* devin mai numeroase, apoi că cantitatea de urină emisă în 24 ore e uşor sub normală; *urea* e vădit dimi-

nuată; fosfaturile sunt normale; cloruri măriți și în fine albumină excepțională și rar urobilină.

Rossi de asemenea a găsit urea și acidul sulfuric combinat diminuate în cantitate, după dânsul pare probabil că această diminuție este datorită la o încetineală a nutriținnii și a schimburilor organice.

Totdeodată *Rebizzi* a căutat să vdă, printr'un procedeu de inoculații al sângelui bolnavilor la animale de laborator, cari ar puteà să fie toxicitatea acestui sânge. A găsit că numai în perioada inițială a demenței precoce se poate admite existența unei intoxicațiuni. Pentru cursul ulterior al sindromului clinic nu există în sângele pacienților agent toxic exercitând o acțiune electivă asupra sistemului nervos.

Apoi *Lugiato,* cercetând presiunea sanguină în momentul debutului demenței precoce a constatat că aceasta e mult mai inferioară ca la normali. Ipotensiunea aceasta, după autor, ar fi datorită insuficienței de desvoltare al sistemului cardiovascular și ipotoniei muschiului cardiac. *Roubinovisch* și *Phulpin* au făcut anterior constatațiuni analcage.

In fine *Muggia* a găsit la aceeaș categorie de bolnavi că presiunea arterială contrariu constatațiunilor altor observatori se arată aproape în totdeauna egală sau superioară normalei, așà că ea nu procură nici o indicațiune deosibită. De asemenea, pe când alții au găsit o încetineală în eliminațiunea albastrului de metilen, privită chiar

ca caracteristică, autorul nu a putut constată aceasta, afirmând numai că este într'adevăr un anumit paralelism între timpul de eliminare al albastrului şi presiunea arterială, însă această relaţiune e atât de complexă în cât devine inconstantă.

In ceeace priveşte puterea coagulantă a serului demenţilor precoci, *Besta* în urma cercetărilor întreprinse a ajuns la rezultatul că această coagulaţiune se efectuiază în limite normale. Şi concluziunea lui a fost că dacă demenţa precoce este în raport cu un proces de auto-intoxicaţie, acest ultim însă nu alterează în mod sensibil sângele, cel puţin în ceeace priveşte echilibrul elementelor morfologice, cărora se datoreşte formaţiunea fermentului fibrinos şi procesul de coagulare. In fine, *saliva* demenţilor precoci, examinată se arată mai vâscoasă şi mai turbure decât a normalilor. Puterea sa amyolytică este în general mărită, mai ales în perioadele de agitaţie şi ea prezintă caracterele salivei numită de fiziologişti *simpatică*, provenind din stimulaţiunea simpaticului de către scoarţa cerebrală ce se găseşte iritată.

Totdeodată sunt lucrările valoroase experimentale ale lui *Ceni*, *Besta*, etc., asupra principilor toxice în serul epilepticilor, ale căror rezultate se arăt utilizabile, pentru formularea de ipoteze, cu privire la patogeneza unor forme de epilepsii. Pe cale experimentală s'a putut demonstrà că în epilepsie ar fi vorba în multe cazuri de o toxină energică, ce se găseşte în ser, toxină ce aparţine

Scanned with OKEN Scanner

clasei *citotoxinelor* numită *neuroautocitotoxină*, după *De Buck* și *Ceni*.

Dar aceste cercetări, supuse de curând la control de către autorii francezi, nu au condus la admiterea vederilor autorilor de mai sus.

Pe dealtă parte s'au întreprins asemenea cercetări și la alți psihopatici, decât epileptici.

Autorul italian *Ilba*, examinând serul sângelui la asemenea bolnavi, dintre cari și demenți precoce, a găsit prezența de *hemolisine* și *antihemolisine*, primele aparținând grupului de *hemolisine termolabile*. El conchide că serul multor epileptici, melancolici, paralitici, precum și al demenților precoci, poate să prezinte o acțiune isolytică sau heterolytică, mai mult sau mai puțin însemnată. Dar rezultatele autorului, sunt încă vagi și nedefinite, ca să permită concluziuni despre patogeneza afecțiunilor.

Studiului asupra secrețiunilor interne, care în ultimii timpi a luat un avânt însemnat, îi rămâne poate rezervat viitorul, pentru deslegarea problemei atingând patogenia demenței precoce *(Levy* și *Rotschild, Parhon)* ect.

Ori cum s'ar arătà lucrurile, în favoarea ipotezei că la baza demenței precoce există un proces auto-toxic, sunt pe lângă fenomenologia clinică deosebită, oare-și care fenomene somatice, obiective și subiective. Așà la cei mai mulți dintre demenții precoci se observă turburări vaso-motorii, cianoză, edeme circumscrise, explosiuni iperidrosice, ipersecrețiune salivară, oscilațiuni din partea

Scanned with OKEN Scanner

funcţiunii cardiace, a temperaturii ect; în plus sunt atacurile descrise însă de *Kahlbaum* şi în urmă de *Trömner*, *D-ra Pascal*, atacuri cari iarăşi presupun o patogenezâ auto-toxică.

Cum se vede clar, cestiunea potogenei demenţei precoce, cu toate cunoştinţele noi, rămâne încă obscură pentru o explicaţie definitivă a ei.

După ce epoca de observaţiune clinică a arătat valoarea netăgăduită a acestui grup morbid şi după ce cercetările experimentale şi de laborator au dat indicele unei baze organice pentru procesul patologic în chestiune, s'a început seria de cercetări *isto-patologice* pentru a se vedea dacă într'adevăr demenţa precoce are un substrat anatomic, mai mult sau mai puţin uşor de recunoscut.

Kahlbaum de mult a examinat anatomiceşte 7 catatonici, la care a găsit alteraţiuni vasculare, congestie vasculară stări de ramoliment a creerului ect. ect.

Alzheimer mai târziu găseşte alteraţiuni fine în substanţă corticală şi insistă împreună cu Nisll mai de curând asupra localizaţiunilor acestor alteraţiuni în straturile profunde al scoarţei cerebrale. Ei accentuază pe deoparte, leziunile celulelor cari se prezintă sub toate formele cunoscute cronice şi acute mai ales, descrise de Nisl precum şi asupra nevrogliei proliferată în mod exuberant şi cu un aspect special.

Klippel şi *L'Hermitte* descriu şi ei microgiria cir-

convoluţiunilor, observată la demenţi precoci; *Doubrebande* şi *Marchand* îngroşarea însemnată a meningelor subţiri, iar *Dide* observă că între scoarţa cerebrală a demenţelor paranoizi şi aceea a demenţilor senili există de multe ori numai o uşoară diferenţă.

In fine sunt lucrările lui *Mondio*, *De-Buck*, *Deroubaire*, *Leroy* şi *Lavastine*, *Obregia* şi *Antoniu*, *Zalplachta* şi mai de curând *Vigouroux*, *Delmas*, *Anglade* şi alţii, cari tratează asupra acestei chestiuni.

Ca să rezumăm esenţa rezultatelor tutulor acestor autori, vom spune că ei ajung la descoperiri istologice, concordante între ele, descoperiri însă cari nu permit ca să le privim ca proprii demenţei precoce. Sunt leziuni atât din partea celulelor nervoase, cât şi a nevrogliei. Maximul lor sunt în stratul profund a celulelor mari, piramidale în celulele lui *Betz* şi în celulele polimorfe. Reacţia nevroglică este intensă atât din partea celulelor cât şi a fibrelor, procesul de neuronofagie apare vizibil în straturile de celule alterate. In plus se găseşte pigment galben în abundenţă, asupra căreia prezenţă atrage în special atenţiunea *Zalplachta*. Vasele rămân în majoritatea cazurilor neatinse. O caracteristică este predominanţa alteraţiunilor în regiunea frontală. In afară de acest ultim caracter şi de acela că alteraţiunile domină în straturile profunde, leziunile privite izolat ca formă şi aspect, nu sunt patognomonice.

S'a întreprins cercetările istologice şi asupra

măduvei la demenţii precoci. Sunt acele ale lui *Klippel* şi *L'Hermitte* precum şi ale lui *Deroubaix* care a găsit alteraţiuni ale substanţei nervoase, mădulare de natură degenerativă, atrofică. Sistemul posterior al măduvei se vede atins de o degenerescenţă sistematică, mai puţin lezate fasciculele laterale, iar în substanţa cenuşie leziuni exclusiv celulare şi de natură atrofică. Deci, sunt dese şi alteraţiunile măduvei. Ele arată oarecare sistematizaţie în căile sensitive. Exagerarea reflexelor tendinoase, clonusul, abolţia reflexelor cutanate, aduce proba atingerei şi a sistemului medular.

Cea mai mare parte dintre bolnavii de demenţă precoce sucombă cum am văzut prin tuberculoză. (99% după statistica noastră). Intrebarea se impune acum de a se şti dacă lesiunile descrise sus şi remarcate la microscop nu ţin şi la o acţiune nocivă exercitată de toxina tuberculoasă. *Raoul, Levy* şi *Laignel-Levastine* în comunicarea dela *Pau* din 1904, atinge chestiunea aceasta şi crede a da ca un semn distinctiv dintre leziunile celulare întâlnite în creerul dementului precoce şi acelea din tuberculoză, numărul lor, care este mult micşorat, fapt observat de autor la o femee moartă prin tuberculoză. Alt nu se ştie mai precis. Cercetări mai noi sunt în studiu şi autorii se preocupă azi tocmai de această chestiune, şi anume de a găsi dacă creerul unui tuberculos pulmonar prezintă alteraţiuni fine celulare şi nevroglice, cari sunt aceste alteraţiuni, distribuţia lor pe întinderea scoarţei,

Scanned with OKEN Scanner

elementele atinse, mai cu seamă dacă se aseamănă cu unele sau multe găsite în demenţa precoce, precum şi dacă coexistând la o laltă nu se pot diferenţiă până la un oarecare punt. Nu insistăm asupra acestei părţi, care ar cere consideraţiuni prea întinse.

Faptul rămâne stabilit că demenţa precoce are la baza sa alteraţiuni constatabile isto-patologiceşte, care vin să complecteze totalul de cunoştinţe clinice şi de cercetări asupra patogeniei, întărind astfel din ce în ce opinia ce tinde să se generalizeze printre savanţii alienişti de azi, că grupul morbid în cestiune trebue să fie erigeat odată, ca o *entitate*, ca o *maladie autonomă*, de mare valoare din punct de vedere nosografic, având desigur la bază un *proces organic*.

Scanned with OKEN Scanner

TUBERCULOZA ŞI DEMENŢA PRECOCE

Ultima cestiune ce necesită o expunere în această din urmă parte a lucrării noastre, este aceea, care se referă la subiectul principal şi anume la *raportul dintre tuberculoză şi demenţă precoce.*

Multe din consideraţiunile date în ultimul capitol, cu ocaziunea studiului grupului morbid al demenţei precoce, coprind date pozitive, privind subiectul nostru. Aşà că, acì vom căutà să le complectăm pe acelea prin argumentări mai detaliate şi mai precise, terminând odată cu aceasta şi cu întreaga temă ce am avut de tratat.

Există o legătură între tuberculoză şi demenţa precoce? Este numai o simplă coincidenţă de apariţiune a ftizii la bolnavii acestui grup? Sau între demenţa precoce şi tuberculoză sunt relaţiuni intime de ordin capital?

Iată întrebările ce trebue să ni le punem acum, dar pentru cari răspunsurile sunt pe atât de dificil de dat, pe cât cestiunile sunt de complexe.

Dacă argumentele noastre ce le aducem înainte

acì nu par hotărâtoare pentru soluţiunea acestor cestiuni de mai sus, totuşi credem că ele vin să contribue întru câtva a aruncà o uşoară lumină în această direcţie.

Sunt cliniciani, încă din vechime, cari în observaţiunile lor, lasă să se întrevadă apariţia tuberculozei în unele psihoze, afecţiunea pulmonară exercitând o influenţă negativă asupra sindromului psihic. Şi tocmai în acele observaţiuni se poate vedeà uşor coprinse imagini clinice, care, după noi, aparţin neîndoelnic demenţei precoce. Aşà, *melancolii cu stupoare, stări de atonitate, melancolii agitate* mulţi dintre *imbecili* şi *deliranţi de persecuţie* nu sunt în mare parte, decât *catatonicii de azi*, *hebefrenicii* şi *paranoizii noştri*. *Morel*, ca să citãm deocamdată numai pe acest clinician, este foarte clar când afirmă că tuberculoza însoţeste cele mai multe stări melancoliforme.

Vom revenì ulterior asupra altor date mai recente, ce tratează mai pozitiv cestiunea tuberculozei în demenţa precoce.

Acum vom expune rezultatele noastre statistice, asupra frecuenţei tuberculozei în demenţa precoce, ţifrele comparative cu numărul de tuberculoşi din alte categorii de alienaţi şi totdeodată tecnica utilizată pentru descoperirea manifestaţiunilor pulmonare la dânşii.

Ne-am servit în acest scop de metoda prin *oftalmo-reacţiunea* la tuberculină (Calmette), ultima descoperire atractivă în domeniul clinic, mijlocul

cel mai valoros, pentru punerea în evidenţă a tuberculozei existând latent chiar, atunci când nici un indiciu clinic nu ne face a bănui prezenţa ei.

Tuberculina ne-a fost procurată dela Institulul Bacteriologic, iar soluţiunea de care ne-am servit a fost preparată în condiţiunile cele mai bune. Am procedat în modul următor: tuberculina diluată în proporţie de 1% era instilată la serii de bolnavi în cantitate de *2 gule* pe conjunctiva oculară. După 6 ore se observă reacţiunea care, atunci când trebuià să fie pozitivă, se trădà prin apariţia unei roşeţe a conjunctivei, roşeaţă ce se arătà sub mai multe grade ca intensitate, apreciind prin aceste grade valoarea reacţiunii. Pentru noi, reacţiunea erà *pozitivă* atunci când roşeaţa erà intensă şi puţin intensă, *dubioasă* când roşeaţa se diferenţià de coloarea conjunctivei ochiului opus şi *negativă* când diferenţa erà nulă. Dintre contra-indicaţiunile ce găsim enumerate de câţiva experimentatori din ultimul timp, la bolnavii noştri, nu le-am întâlnit decât rar şi atunci când ele existau, noi am renunţat a supune bolnavii reacţiunii, de oarece rezultatele obţinute nu ar fi avut nici o valoare şi ne-ar fi condus la apreciaţiuni falşe.

Formele alienaţiunilor mintale	Numărul cazurilor	Reacţie pozitivă	Reacţie dubioasă	Reacţie negativă
Melancolie	2	1	—	1
Paranoia	5	1	1	3
Idioţie	5	2	—	3
Alcoolism	6	—	2	4
Pelagră	7	1	—	6
Psih. isterică	7	2	2	3
Paraliz. gen.	15	—	4	11
Imbecilitate	16	8	1	7
Epilepsie	24	9	13	2
Dem. prec.	**63**	**42**	**4**	**17**

Cum vedem din acest tablou, este relativ mic numărul de alienaţi cari scap a nu devenì tuberculoşi dacă ne bazăm pe indicaţiunile procurate prin metoda oftalmo-reacţiunei. Proporţiunea este mare la epileptici şi imbecili, însă mai ales la *demenţi precoce* 70%.

Este necontenit că pentru o asemenea tuberculizare generală şi fără excepţii, trebue incriminat

pentru o bună parte și mediul dăunător în care vieţuesc bolnavii, un punt asupra căruia nu am omis a insistà înainte.

Ceace isbeşte încă din tabloul nostru este contrastul ce-l vedem între numărul tuberculoşilor de paralitici generali şi acel al dementţilor precoce. Ni s'ar puteà obiectà că timpul de şedere în azil al celor dintâi este mult mai scurt de cât al celor de al doilea, aşà că şi posibilitatea de o infecţiune tuberculoasă este mai redusă pentru aceea decât pentru aceştia.

Dar pentru a obvia unei asemeni imputări aşteptate, am căutat a supune reacţiunii câţi-va bolnavi dementi precoci, tocmai încă în primele zile ale internării lor, după ce prealabil, atât examenul somatic pulmonar, cât şi informaţiunile asupra antecedentelor nu ne dăduse cert nici o indicaţie despre existenţa unei tuberculoze. Câteva observaţiuni, din nenorocire în mic număr, atât cât am putut aveà sub ochi bolnavi dementi precoce intraţi de curând, vin în favoarea spuselor noastre.

La cei mai mulţi dintre dementii precoce tuberculoza în desvoltarea ei, urmà un *mers paralel* cu acela al turburărilor psihice, într'un mic număr se vedeà o *alternativă* de evoluţie între afecţiunea pulmonară şi sindromul psihic, iar la câţiva o amendare a turburărilor psihice, atunci când tuberculoza tindeà a luà un mers acut. Pentru aceste 3 variante sunt observaţiuni date la urmă, destul de elocuente.

Scanned with OKEN Scanner

Pe dealtă parte, mulţi dintre demenţii precoce ai noştri se găseau la *epoca adolescenţei* şi a *pubertăţii* şi o altă parte într'o etate mai înaintată. Cei mai tineri au reacţionat cei mai mulţi. De sigur trebue atribuit şi acestui factor un rol în infecţiunea tuberculoasă, însă iarăşi nu într'un mod exclusiv. Tot astfel şi *ereditatea tuberculoasă*, pe care am întâlnit-o şi mai rar, în câteva cazuri de ale noastre, trebue să exercite o acţiune în desvoltarea tuberculozei şi poate chiar într'un mod secundar în apariţia de turburări psihice, cum afirmă unii autori, dintre cari *Rubinowich* şi *Phulpin*, cari spun că distrofia tuberculoasă ar aveà între alte consecinţe şi apariţia demenţei precoce.

Pentru complectarea acestor rezultate obţinute, a se vedeà observaţiunile de mai jos.

Odată expuse aceste argumentări ce vin să susţie pe deoparte, frecuenţa tuberculozei la demenţi precoci, pe de alta solidaritatea ce ar păreà că există între ambele afecţiuni, rămâne să înaintăm oarecari explicaţiuni cu privire la mecanismul intim al acestei reciprocităţi. Este un fapt cunoscut de mult că condiţiuni fiziologice respiratorii vicioase, predispun într'o bună parte la tuberculoză. Ori, asemenea condiţiuni se văd realizate la bolnavii grupului nostru cu turburările psihice ce ei presintă. Aşà catatonicii în special presintă o respiraţie superficială şi neregulată, numărul de inspiraţiuni redus, ceeace desigur, atunci când se mai adaogă la aceasta şi alte cauze favorizante, precum negativismul insuficienţa alimentaţiei, imo-

bilitatea în timp îndelungat, mediul tuberculigen, predispoziţia ereditară şi altele se realizează împrejurări propice infecţiunii bacilare. *Marcé* încă de mult a observat just acest lucru la melancolici cu stupoare, catatonicii noştri. El spune că, între puls şi numărul de respiraţiuni dela bolnavii săi, comparate cu pulsul şi respiraţiunea dela normali, a găsit o deosibire simţitoare. Şi mai accentuiază că atunci când depresiunea devine mai puţin profundă, raporturile se aproprie de normal, iar când ea se agravează pulsul şi respiraţia se accelarează, fără însă ca numărul respiraţiilor să se mărească proporţional.

Explicaţiunea ce o dă este că în aceste cazuri are loc perderea echilibrului între cantitatea de sânge ce vine la pulmoni şi cantitatea de aer ce sosește prin căile respiratorii. Acestea sunt condiţiuni ce favorizează după dânsul tuberculizarea.

De curând *Dufour* şi *Rabaud* pune pe contul diminuării sensibilităţii organice, diminuare care interesează toate organele şi deci şi pulmonii, tuberculizarea frecuentă la melancolicii cu stupoare (unii catatonici, după noi). Intocmai ca şi la tabetici *(Parhon)* prin aceste turburări are loc suprimarea reflexului tusei şi expectoraţiei şi deci cosecutiv favorizarea invaziunii bacilului tuberculos. Până la un punt acest mecanism ar fi plauzibil şi în unele cazuri de demenţă precoce ale noastre.

Dar pe lângă aceste explicaţiunì sunt altele mai verosimile, sprijinite pe date noi, cari se rapoartă

Scanned with OKEN Scanner

la acţiunea intimă ce exercită toxina tuberculoasă asupra creerului atins psihiceşte.

Se ştie azi, în urma experienţelor lui *Salter*, care a reuşit, injectând sudoarea dela ftizici la cobai să producă reacţii tipice generale, ale lui *Maffuci*, care cu toxina bacilară a provocat alteraţiuni în toate organele, ale lui *Chretien*, care a demonstrat că sputa tuberculoşilor are calităţi toxice şi ale lui *Zueltzer*, care a izbutit a izolà o toxină tuberculoasă cu acţiune convulsivantă, se ştie zic, că prin generalizarea toxinei tuberculoase în întregul organism, poate aveà loc o influenţă exercitându-se asupra creerului, dând naştere astfel la turburări psihice, altele decât cele cunoscute ca fiind în funcţiune directă de tuberculoză. De cele mai multe ori însă, această influenţă nocivă nu se recunoaşte la cei mai mulţi alienaţi, pe când numai în demenţa precoce, ea s'ar desvăluì mai mult. Faptul că observaţiunile făcute pe aceşti bolnavi arată un paralelism, ba încă mai mult, o asociaţiune intimă între manifestaţiunile tuberculoase şi cele psihice, ne face a ne gândì la ipoteza schiţată în treacăt sus şi anume că toxina tuberculoasă trebue să acţioneze într'o mai mare sau mai mică măsură, asupra procesului morbid ce există la baza demenţei precoce. Ne-am puteà gândì că între acel proces, care în esenţa lui se presupune c'ar ţine la turburări de *secreţie glandulară*, fie că este vorba de glandele sexuale, cum opinează *Kraepelin* — şi între procesul toxic provocat de bacilozã, să existe o sinergie de ac-

țiune, care face ca afecțiunea mintală să fie mult condiționată în soarta și sfârșitul ei de către cea pulmonară.

Așà că, după noi, nu ne putem gândì la vre-o alternativă sau la vr'un antagonism între tuberculoză și demența precoce, cel mult și aceasta, numai în unele împrejurări, la o simplă coexistență de ambe procese morbide, însă în majoritatea cazurilor la o *acțiune reciprocă și asociativă între ele.*

Tuberculoza dacă evoluiază, evoluiază în acelaș timp și demența precoce, de cele mai dese ori. Ceeace s'a spus de către unii autori că cu desvoltarea ftiziei, bolnavii melancolici și de altă formă se ameliorează în starea lor mintală, este o aserțiune bazată pe observațiuni greșite. Melancolicii stuparoși ai alieniștilor vechi nu sunt decât mulți demenți precoce de azi, la care apariția unui grad de luciditate, odată cu agravarea tuberculozei, vine numai să-i descopere ca atare, deoarece se știe azi că demenții precoci, cu toată mentalitatea lor atinsă destul de profund, păstrează încă multă vreme licăriri de inteligență, cari prin surprize ajung să le exteriorizeze. Catatonicul cel mai în stupoare, negativist si cu aparența de demența profundă devine dintr'un moment într'altul abordabil și volubil într'atât în cât ne surprinde.

Ca să terminăm, vom conchide că după noi tuberculoza alternează mai rar ca intensitate cu sindromul clinic. Atunci când ambele maladii apar asociate, ceeace are loc des, probabil că în

urma unor procese intime biologice încă nedefinite, se influenţează ambele printr'o acţiune reciprocă şi sinergică.

Acestea sunt puntele originale, cari ne-au fost în intenţiune de a le dezvolta acì. Credem că prin acest studiu am contribuit într'o mică măsură la o elucidare a vastei chestuni ce se referă la corelaţiunea dintre tuberculoză şi demenţa precoce, rămânând ca prin noi observaţiuni şi cercetări în viitor, să se precizeze şi să se complecteze, ceace se arată încă vag şi lacunar.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAŢIUNI

Dăm în rezumat acum totalul de cazuri, ce vin să ilustreze consideraţiunile noastre anterioare, divizându-le în serii, cari se referă la următoarele 6 grupuri :

I. *Demenţi precoci la cari manifestaţiuni de tuberculoză erau recunoscute clinicește încă dela intrare.*

II. *Cazuri în care în antecedente există tuberculoza.*

III. *Bolnavi la cari s'a constatut o alternativă de evoluţie între tuberculoză şi demenţa precoce.*

IV. *Cazurile clinice la cari s'a observat o agravare a turburărilor psihice, în acelaş timp ce şi tuberculoza luà un mers acut.*

Pentru fiecare din grup vom dà numai câte 2 observaţiuni :

I. Cazurile primului grup.

a) *I. I.* 22 ani, croitor, intrat în ospiciul Mărcuţa în luna Iunie 1907. Bunic alienat. Pacientul a suferit în copilărie de variolă.

Debutul turburărilor psihice s'a arătat prin August anul trecut: tristeţă, fugi, impulsiuni, halucinaţiuni, mutism.

Imediat după intrare *somaticeşte* presintă *cicatrice* şi *fistule tuberculoase.*

Examenul pulmonar, lasă să se descopere la vârful pulmonului drept matitate, diminuarea murmurului respirator şi exagerarea vibraţiilor.

Mentaliceşte: negativism, paralogie, maniere, stereotipii, ecolalie, în intervale impulsiuni.

Oftalmo-reacţia la tuberculină *intensă şi repede.*

b) *F. P.* 26 ani, intrat în ospiciu în Februarie 1907. Antecedente şi trecutul său necunoscut.

La intrare indocil, impulsiv, idei paranoice, mutism, atitudini catatonice cu flexivilitate de ceară manifestă, refuz de alimentaţie, care alternă cu glutonerie.

Simtome de tuberculoză vădite încă dela intrare. Mort în Februarie 1908 *prin tuberculoză.*

Reacţia la tuberculină pe cale de injecţii sub-cutanate, *positivă.*

II. Cazuri în care antecedentele relevează tuberculoza.

c) *C. N.*, student, 28 ani; intrat in ospiciu în Ianuarie 1903.

Ereditate tuberculoasă: mama moartă de *tuberculoză* pulmonară.

Pacientul s'a arătat înapoiat ca inteligenţă. Cu mari sforţări a putut termină liceul şi a accedă în facultate.

Debutul demenţei precoce prin fugi, vagabondaj, dezertare.

Psihiceşte arată turburări de voinţă şi din partea sentimentelor. Incoerent, confuz, prezintă descoaserea ideilor şi saladă de cuvinte cu neologisme, vorbe forţate şi fraze întortochiate şi neologisme.

Somaticeşte: Semne de *bacilozã din partea ambelor pulmoni.*

d) *I. B.*, 20 ani. Intrat în ospiciu în 1904.

Ereditate tuberculoasă. O soră a bolnavului tuberculoasă Somaticeşte după 2 ani se recunoaşte existenţa de *fenomene pulmonare.*

Mentaliceşte la intrare: excitaţie hebefrenică, maniere, atitudini curioase, strâmbături, cântece stereotipate şi monotone, paralogie şi impulsiuni.

Oftalmo-reacţia la tuberculină *franc pozitivă.*

III. Cazuri cu alternativă în evoluţie a tuberculozei şi a demenţei precoce.

Acestea le-am întâlnit rar şi numai următoarea singură observaţiune pare să intre în acest grup.

e) *P. V.*, 31 ani, telegrafist, adus în ospiciu în Octombrie 1905. Trecutul şi ereditatea necunoscută. Se ştie numai că maladia a debutat prin vagabondaj şi acte imorale.

Psihiceşte: apatic, indolent, cu o mască de suspiciune, neîncredere şi paranoică. Se prinde cu greu la el ideile paranoide. Acestea, după atitudinea şi conduita bolnavului, pare că-l subminează şi-l preocupă cu evoluţia boalei se recunoaşte halucinaţiuni şi ideile paranoide se dau mai pe faţă; totdeodată apar şi atitudini catatonice, iar din timp în timp, accese de excitaţie de scurtă durată.

Facies tuberculos, fenomene pulmonare manifeste cu exorcerbaţiuni din când în când. In aceste intervale de exacerbaţiuni, bolnavul deveneà mai calm, mai abordabil şi puţin bănuitor. Se remarcă o *suspensiune şi o amendare a turburărilor psihice.*

Reacţia la tuberculină, *oculară* şi prin injecţie, *pozitivă.*

IV. Cazuri cu agravarea simultanee a tuberculozei şi a demenţei precoce.

f) *C. R.*, 17 ani, student. Tatăl mort de apoplexie.

In debut s'a arătat querulent şi foarte retras; iar în urmă violent şi agresiv.

La intrare tăcut, neîncrezător, emotiv, uşor, iritabil şi puţin abordabil. Idei paranoide manifeste, întrerupte de perioade de mutism complect, refuz de alimentaţie, etc.

La un moment dat se constată *semne de tuberculoză pulmonară:* respiraţie aspră, hemoptisii trecătoare, febră hectică, sudori nocturne, etc. *Odată cu apariţia tuberculozei mentalitatea se schimbă:* devine complect negativist, atitudini catatonice de lungă durată şi stare de stupoare

din ce în ce mai profundă. La autopsie semne de *tuberculoză cu caverne.*

g) *D. B.*, 35 ani, intră în serviciul clinic, în luna Iunie, anul 1902. Ereditate și antecedente necunoscute.

Debut prin semne neurasteniforme, lipsa de inbold la muncă, apatie și complect desinteres. Cu timpul apariția de idei de suspiciune.

La intrare *psihiceşte* se arată într'o atitudine decentă, abordabil de cele mai de multe ori. In răspunsuri este vag, neprecis, bănuind indiscreția noastră. Cuvinte înalte, în jargon și dese ori saladă de vorbe. Indiferent și lipsit de sentimente.

Peste un an de ședere se recunoaște *fenomene de tuberculoză*, ce iau încă dela început un mers repede și *în paralelă turburările psihice evoluează cu aceeași intensitate.*

După noi, cazurile de această categorie sunt cele mai numeroase. Ele cadrează toate în părțile ce ne interesează cu aceste 2 observaţiuni date aci ca normă.

CONCLUZIUNI

1. Tuberculoza şi în special tuberculoza pulmonară este mai frecventă la alienaţi decât în populaţia urbană; recunoaşterea ei este astăzi facilitată, graţie noilor mijloace experimentale de care dispunem (injecţiile cu tuberculină, cuti-reacţiunea şi oftalmo-reacţiunea etc.).

2. Această frecvenţă este datorită pentru cele mai multe forme de psihoze, pe deoparte condiţiunilor de igienă din azile, pe de alta turburărilor de nutriţie, condiţionate prin afecţiunea psihică.

3. Mai cu seamă în grupul morbid al demenţei precoce, se întâlneşte tuberculoza des, şi aceasta fie înaintea maladiei psihice clinicește deja recunoscută, fie către sfârşitul ei, dar mai frequent, ele coexistă încă de timpuriu.

4. Pare mult probabil că între procesul patogenic auto-toxic dela baza demenţei precoce şi acel al tuberculozei, ar există un raport intim solidar şi reciproc.

Văzută şi bună de imprimat :

Preşedintele tezei,
Prof. Dr. Al. Sutzu

Decanul Facultăţii,
Prof. Dr. Th. Ionnescu

Afară de subiectul tezei, juriul are drept a interogà pe candidat orice chestiune medicală.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Pinel. — Recherches sur quelques points de l'alienation mentale, 1819.

Griesinger. — Traité des maladies mentales.

Hoche. — Zur Lehre von der Tuberkulose des Zentralnerwensystems. Arch. f. Psych. XIX (citat Yessen).

Jacobi. — Beobachtungen uber Pathologie und Therapie der mit Irresein verbundenen Krankheiten, 1830 (citat Yessen).

Anglade. — Propagation de la tuberculose par les bacilles contenus dans les selles. Ann. med. psych. 1902.

Anglade et Jacquin. — Action de la tuberculose sur les centres nerveux. Revue neurol. 1904.

Nissl u Alzheimer. — Hystopatologische Arbeiten. B. I. 1906.

Hagen. — Lungenschwindsucht u-psychische Krankheit. Arch. 7. Psych. (citat Yessen).

Kalischer. — Ueber Verbreitung u. Verhütung der Tuberkulose in Irrenanstalten 1890 (citat Yessen).

Morel. — Traité des maladies mentales, 1860.

Morel. — Leçons cliniques, 1958.

Oswald. — Die Tuberkulose in Irrenaustalten. Alg. Zeitschrift. f. Psych LIX.

Mercklin. — Zur Profilaxie der Tuberkulose in Irrenanstalten. Alg. Zeitsch. f. Psych. Bd. III.

Scanned with OKEN Scanner

Snell.—Die Lungenschwindsucht bei Gasteskrankheiten. Alg. Zeitsch f. Psych XVII.

Gimbert. — Psychonevroses chez les tuberculeux. Thèse Paris 1906.

Bonnardière. — Alienation mentale et la Tuberculose. Thèse Paris 1898.

Riebold. — Ueber eigentichle Delirien bei Phtisiker, (citat Yessen).

Wörckmann. — De la phtisie latente chez les aliénés. Ref. Aun. med. psych 1864.

Wolf. — Bomerkungen ueber das Vorkommen von Tuberkulose în Idioten Anstalten (citat yessen).

Zwelzer. — Traité de médecine, 1894.

Pierri. — Le alterazioni istologische della corteccia cerebrale nella tuberculosi. Clin. med.. 1902.

Kraepelin. — Klinische Psychiatrie, 1905.

Klippel și *L'Hermitte.* — Les lésions de la moelle dans la démence precoce. Société de neurolog, 1906, și l'Encephale Nr. 2, 1906.

Trömner. — Ueber Dementia precox. Monogr., 1903.

Weygand. — Ueber alte Dementia precox. Centralbl. f. Nervenheilk, .1906.

Korocko. — Rapport entre la tuberculose et les psychoses et les nevroses, 1907.

Morsseli. — La tuberculose dans l'etiologie des maladies nerveuses et mentales, Monogr., 1907.

Besta. — Sur le pouvoir coagulant du serum dans la demence precoce et dans la folie maniaco-depresive. Riforma medica, 907.

Muggia. — Donénes experimentales sur l'état organique chez les doments precoce. Riforma medica, 907.

Vigouroux et Delmas.— Demence precoce avec autopsie et examen histologique. Société anatomique 1906.

Soutzo fils.—Encore la question de la Demence precoce. Ann. med. psych. 1907.

Scanned with OKEN Scanner

Laignel-Levastine.—Psychologie des tuberculeux. Revue de medicine 1907.

Fratini. — Recherches hematologique sur les alienés. Gazeta degli Ospedali, 1907.

Nissl. — Die Lumbalpunction. Centralbl. f. Nervenheilk, 1907.

Leborgne. — Contribution à l'étude des symptomes et des lessions medullaires de la Demence precoce. Thèse, Paris, 1906.

Zalplachta.—Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la Demence precoce. Revista șciint. med. 1907.

Roubinovitzh et Phulpin.—Demence precoce, syndrome et consequancce de toute une serie de processus. Ann. med. psych. 1905.

Obregia et Antoniu. — Contribution à l'étude de l'anatomie-pathologique de la Demence precoce. Revista. Stiinț. med. 1906.

Rebizii. — La cause toxique de quelques maladies mentales, de la Demence precoce en particulier. Revista di pat. nerv. e ment 1906.

Lugiato. — La pression du sang chez les aliénés et en particulier chez les Dements precoce. Revista sperim di Freniatr. 1906.

Parhon et Goldstein. — Tuberculose et Tabes. Revue neurol 1902.

Durocher. — Tuberculose et Demence precoco Thése Paris, 1906.

Cemi. — Nouve richerche sulla natura dei principi tossici contenuti nel siero di sangue degli epileptici. Revista sper. freniatr. 1906.

Pighini. — Il ricanbio organico nella Demeneza precoce. Revista sper. freniatr. 1906.

Ibba. — Citolisine termolabili e coctostabili nel sangue dei psychopatici. Rivista sper. freniatr. 1906.

Maestre. — Formes et pathogenie de la Demence precoce. Rivista fren. espan. 1906.

Scanned with OKEN Scanner

Laignel-Levastine. — Dement precoce. Mort phtisique ave sthéatose hepatique et lesions cellulaires toxiques de l'ecorce cerebrale. Soc. anat 1905.

Claude, Schiergeld et Blanchetière. — La resistance globulaire et le pouvoir hemolytique du serum che les epileptiques. L'encephale. 1908.

c. 2136.—Tip. Profesională, Dim. C. Ionescu, str. Șelari, 10.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1032

STUDIUL COMPARATIV

AL

ACȚIUNILOR FIZIOLOGICE

ALE

KATIONILOR MONO ȘI BIVALENȚI ASUPRA MATERIEI VII

TEZA

PENTRU

DOCTORAT DE MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PRESENTATA ȘI SUSȚINUTĂ LA 23. JUN. 1908

DE

IOAN V. BALANESCU

DIN INSTITUTUL MEDICO-MILITAR

BUCUREȘTI

Tipografia „Anuarul General", Strada Academiei 41

1808

Scanned with OKEN Scanner

Decan: D-nul Profesor Dr. Thoma Ionescu

Profesori:

Clinica III-a chirurgicală	D-l	Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	„	„	*Athanasescu N.*
Anatomia patologică (			
Bacteriologia şi patologia experimentală (	„	„	*Babeş V.*
Clinica a II-a medicală	„	„	*Buicliu Chr.*
Medicina experimentală	„	„	*Cantacuzino I.*
Medicina operatorie	„	„	*Demosthene Ath.*
Clinica şi teoria obstetricală	„	„	*Drăghiescu D.*
Anatomia topografică şi (			
Clinica II chirurgicală (	„	„	*Ionescu Th.*
Farmacologia şi clinica terapeutică	„	„	*Măldărescu N.*
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„	„	*Manolescu N.*
Clinica boalelor nervoase	„	„	*Marinescu Gh.*
Medicina legală	„	„	*Minovici M.*
Fizica medicală	„	„	*Miculescu C.*
Istologia normală şi Embriologia	„	„	*Obregia Al.*
Fiziologia umană	„	„	*Paulescu N.*
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„	„	*Petrini-GalatzM.*
Anatomia descriptivă	„	„	*Petrini Paul*
Patologia generală	„	„	*Proca Gh.*
Patologia chirurgicală, bandaje şi aparate de fracturi	„	„	*Rômniceanu Gr.*
Clinica I-a chirurgicală	„	„	*Severeanu C.*
Zoologia medicală	„	„	*Sihleanu St.*
Igiena şi poliţia sanitară	„	„	*Sion V.*
Clinica I-a medicală	„	„	*Stoicescu Gh.*
Clinica mentală	„	„	*Sutzu Al.*
Terapeutica experimentală	„	„	*Theohari A.*
Clinica infantilă	„	„	*Thomescu C. N.*
Patologia medicală	„	„	*Thomescu T. I.*
Botanica medicală	„	„	*Vlădescu M.*

Agregaţi:

Clinica boalelor oto-rino-laringologice	D-l	Dr.	*Felix Eug.*
Farmacia chimică şi galenică	„	„	*Georgescu M.*
Anatomia topografică	„	„	*Gerota D.*
Chimia analitică	„	„	*Minovici St.*
Clinica III-a medicală	„	„	*Nanu-Muscel I.*

JURIUL DE PROMOŢIUNE

PREŞEDINTE: D-nul **Profesor Dr. BABEŞ V.**

MEMBRI: „ „ „ **Măldărescu N.**
„ „ „ **Minovici M.**
„ „ „ **Theohari Al.**

SUPLINITOR, „ **Agregat** „ **Nanu Muscel I.**
„ **Docent** „ **Bruckner I.**

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima, nici aprobare, nici desaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

Obiectul acestei lucrări

Corpurile chimice lucrînd, în greutăți egale, asupra materiei vii, produc efecte manifest diferite.

Care este cauza eficientă a acestei neasemănări în efecte?

Puțini și-au propus să rezolve această problemă grea (Rabuteau, P. Binet, Richet, Paulescu, Buglia).

De sigur, că se vede clar marele interes, care se leagă de soluția unei asemenea probleme, cînd terapentica, cea mai utilă dintre științi, stă încă într'un întunecat empirism, din cauza lipsei de noțiuni precise asupra relațiunilor, care există între funcțiile fizico-chimice ale corpilor brute și acțiunea acestora asupra materiei ființilor vii.

Care este cauza eficientă a divergințiĭ efectelor produse de diverse substanțe chimice, lucrînd în greutăți egale asupra materiei vii?

Astfel pusă chestiunea, în starea actuală a științii, soluțiunea ei întîlnește dificultăți mari.

Principalii săi factori: substanțe chimice, materie vie și efecte toxice, sînt departe de a reprezintă încă idei clare.

Substanțele chimice *sînt infinit de multe. Consti-*

tuţia lor intimă ne este necunoscută şi noi nu ştim încă prin ce se deosebesc unele e altele.

In ele noi găsim materie *şi* energie.

După o ipoteză, primită astăzi în ştiinţă ca o teorie, orice substanţă chimică este formată din mai multe particule asemănătoare: molecule, *care la rîndul lor sînt compuse din particule mai mici:* atomii.

In chimie, se numeşte moleculă, cea mai mică parte din un corp, care poate există în stare liberă; iar atom, cea mai mică cantitate de un element, care poate intra în constituţia unei molecule.

Atomul este o mică masă nedivizibilă prin forţele chimice şi fizice şi care poate exista în stare de libertate.

Dacă se admite această ipoteză, trebue să se admită că moleculele şi atomii sunt formaţi din o oare care cantitate de materie înzestrată cu energie. Masa atomilor şi a moleculelor şi energia lor sînt principalele caractere diferenţiale ale substanţelor.

Independent de energia, zisă chimică, care intră în constituţia moleculelor şi a atomilor, corpurile chimice mai prezintă şi o altă forma de energie, zisă fizică, care este cauza celor 3 stări fizice, sub care ele se prezintă: solidă, licidă şi gazoasă.

Materia vie *se găseşte în natură la fiinţele vii sub formă de celulă, element morfologic de o complexitate extraordinară.*

Partea fondamentală a celulii, partea sa vie, numită protoplasmă, *n'are natura şi constituţia sa precis cunoscută. Azi se ştie, că ea este un amestec de substanţe diverse, e o emulzie semilicidă şi că în această calitate intră în categoria corpurilor eterogene*

Scanned with OKEN Scanner

sau coloidale, ale căror fizică și natură de abia încep a fi sudiate. Afară de materia vie propriu zisă, celula mai are părți morfologice ca : membrane de învelis, nucleu, nucleoli, centrozomi, etc., părți încă prost cunoscute. Ea mai conține materii alimentare și de rezervă (subst. albuminoide, hidrocarbonate—glicogen,— subst. grase și săruri minerale) și produse de elaborație în vederea diverselor sale funcțiuni (diasteze).

Printre ființele vii unele sînt monocelulare și altele pluricelulare. In acestea din urmă celulele sunt diferențiate și formează organe in vederea îndeplinirii funcțiilor vitale.

Celulele au totdeauna o existență proprie și independentă, pe care o manifestă : prin mutațiile nutritive de asimilație și dezasimilație ; diferențiindu-se, celulele conservă proprietățile lor comune, dar una devine predominantă.

O substanță chimică, lucrînd asupra materiei vii poate determina efecte toxice diferite, după cum ea lucrează prin energia sa chimică, prin energia sa fizică, sau prin aceste două forme de energie unite.

Ea poate lucra asupra protoplasmei în zeci de moduri : determinînd fenomene de coagulare ; ea poate să se fixeze pe diferite părți morfologice ale celulei determinînd tulburări în funcțiunea lor și influențînd indirect fenomenele vitale; unele substanțe toxice localizează efectele lor asupra produselor de diferențiare a protoplasmei ; ele pot da naștere la producțiuni, care la rîndul lor joacă rolul de corpi străini și modificatori.

Unele acțiuni fiziologice pot să se manifeste prin fenomene de osmoză, ale căror efecte pot varia de la o

Scanned with OKEN Scanner

simplă deshidratație la o complectă plasmoliză cu moartea celulei.

Am încercat a simplifica problema, a o prezenta sub o formă mai elementară și a studia separat fiecare din părțile sale.

Printre multele substanțe chimice prezintate alegerii, mai toți cercetătorii au preferat să înceapă cu metalele monovalente, ca fiind cele mai simple. Dar cum aceste corpuri sînt insolubile în apă și fiindcă «corpora non agunt nisi soluta», toți s'au văzut nevoiți a se adresa sărurilor lor solubile, clorurile. Astfel modificată problema, poate fi enunțată: Care este cauza eficientă a divergiții efectelor produse de clorurile alcaline, lucrînd în greutăți egale, asupra materiei vii?

Ca material viu, unii au ales ființi pluricelulare, alții ființe monocelulare. Dar la ființile pluricelulare celulele se diferențiază în vederea diverselor funcții vitale. Ori, diverse substanțe toxice aŭ afinități particulare pentru unul sau altul din productele de elaborație ale celulelor diferențiate. Este ușor de înțeles că în aceste condiții, efectele toxice nu pot fi comparabile. Trebue să se distingă toxicitatea pentru organism și toxicitatea pentru diferitele organe, care-l constitue.

Ființele monocelulare nu prezintă aceste inconveniente și de aceea cercetările în direcția această au fost și trebue să fie fructuoase.

D. Paulescu, lucrînd cu levura de bere, o ființă monocelulară [1]*), după ce studiează în amănunțime morfologia și fiziologia* [2]*) acestei celule, face o serie de experiențe repetate și controlate, care-l conduc la con-*

[1]) *Care are avantajul să poată trăi în o simplă soluție glicozată.*
[2]) *Noțiuni necesare pentru a înțelege metoda și technicia autorului.*

cluzia că: între greutăţile moleculare ale clorurilor alcaline şi dozele lor limite există un raport aproape constant.

Am căutat să văd dacă o asemenea relaţie se găseşte şi la fiinţele pluricelulare.

* * *

Studiul meu este împărţit în două.

Prima parte cuprinde examinarea şi redarea pe scurt a metodelor şi rezultatelor experienţetor anterioare celor ale mele relative la acţiunile fiziologice ale metalelor alcaline.

A doua parte cuprinde expunerea cercetărilor mele personale.

Mulţumiri şi recunoştinţă d-lui prof. dr. Babeş V., care a bine-voit a-mi prezida teza.

Scanned with OKEN Scanner

PRIMA PARTE

CAP. I

LUCRĂRILE LUI RABUTEAU [1])

In 1867 Rabuteau formula o concluzie asupra greutăţii atomice a metalelor comparată cu toxicitatea lor. Metalele, zice el, sînt cu atît mai active fisiologic, cu cît greutatea lor atomică este mai ridicată; potasiul (K cu pd at. 39) este mai activ ca sodiul (Na cu pd. at. 23); bariul (Ba cu pd at 137) mai activ ca calciul (Ca cu pd. at. 40).

Cîtva timp apoi însuş Rabuteau revine asupra propoziţiunii sale prea generale, modificînd-o şi complectînd-o prin o serie de alte experienţe. El îşi ajustează concluzia sa în sensul, că relaţia toxico-atomică nu se observă de cît între metalele aceleiaş familii chimice. Cu multă dreptate autorul însuş zice, că nu poţi

---

[1]) A. Rabuteau. Etude expérimentale sur les effets physiologiques des fluorures et des composés métalliques en générale. Thèse doct. med., Paris 1867, No. 95.

Considération et recherches nouvelle sur la loi atomique ou thermique. Bull. Soc. Biologie. 28 Mai 1882, p. 376.

Eléments de toxicologie. Paris 1873, p. 10.

Eléments de thérapeutique. Faris 1875.

face comparaţii serioase de cît pentru corpuri cu proprietăţi chimice mai mult sau mai puţin analoage.

Metoda. El s'a adresat întîi florurilor alcaline şi apoi făcu mai multe experienţi comparative cu clorurile, bromurile şi iodurile aceloraşi metale, Ca reactiv viu Rabuteau alege animale superioare (cîini, pisici, epuri, broaşte şi peşti), în organismul cărora introduce substanţa toxică prin căi diferite (trachee, stomac, rect şi vine). Criteriu acţiunii toxice este moartea animalului.

Rezultatele. Rabuteau comparînd acţiunea metalelor alcaline — sodiu, potasiu şi taliu, conchide că primul este inofensiv, al doilea periculos şi al treilea toxic ca şi plumbul.

Aceiaş comparaţie o urmăreşte şi la alte serii de corpuri. Cu seria magneziană ajunge la rezultatul, că energia fiziologică a metalelor din această grupă urmează o progresie crescîndă în măsura greutăţii atomice.

Aceiaş lege o aplică şi la diverse grupe de metaloide.

In grupul celor biatomice găseşte că oxigenul (O cu pd. at. 16) nu e toxic de cît comprimat, derivaţii sulfului (S cu pd. at. 32) puţini activi, dar compuşii soleniului (Se. cu pd. at. 79.2) şi acei ai telurului (Te. cu pd. at. 927.6) sînt toxici.

In seria carbonului vede, că carbonaţii (C cu pd. at. 12) şi boraţii (Bo cu pd. at. 11) sînt puţin activi, iar silicaţii (Si cu pd. at. 28.4) toxici în doză măricică.

Bazat pe aceste consideraţiuni, autorul formulează următoarea concluzie, legea atomică sau termică a lui Rabuteau. Doza toxică a metalelor este invers pro-

porţională cu greutatea atomică sau direct cu căldura specifică [1]).

Critica. Legea atomică găsi un apărător în I. Blake [2]), care în 1839—40 stabilise, că reacţiile fiziologice produse de sărurile metalice sînt determinate de relaţiile lor de izomorfism.

Insuș Rabuteau, un excelent observator, este forţat să constate, că legea sa nu se aplică pentru cupru și rubidiu. Rubidiu (Rb cu pd. at. 85.5) este mai puţin toxic ca potasiu (K cu pd. at. 39); iar cupru (Cu cu pd at 63) este mai toxic ca staniul (Sn. cu pd. at. 119).

Autorul se bazează mult pe taliu, pus contra opiniei tuturor în grupul alcalin. Taliu se apropie mai mult de plumb.

Nu amintește de loc de Ceziu, cu toate că face parte din grupul alcalin.

Husemann [1]) arată că litiul (Li cu pd. at. 7) e mult mai toxic ca sodiul (Na cu pd. at. 23). Rabuteau îi ripostează punînd litiul în seria magneziană.

Metaloidele monovalente, florul clorul, bromul și iodul, sînt departe de a se supune legii atomice.

Fosforul (Ph cu pd. at. 31), unul din otrăvurile cele mai violente are greutatea atomică relativ mică.

Greutăţile atomice ale arsenicului și bismulului nu corespund de loc toxicităţii. Bismutul (Bi cu pd. at. 208) este aproape indiferent și arsenicul (As cu pd. at. 75) toxic.

---

[1]) Greutatea atomică stă în raport invers cu căldura specifică.

[2]) I. Blake. Sur le raport entre l'isomorphisme, les poids atomiques et la toxicité comparée des sels metaliques. C. R. Acad. Sciences 1882—p. 1055.

[1]) Th. Husemann. Ueber das Rabuteau'sche Gesetz der toxichen Wirkung Goetting. Nachricht. 24 Fev. 1875. Rezumat în Revue sciences Médicales 1876 t. VII, p. 543.

Scanned with OKEN Scanner

Autorul tezii din 67 își clădește concluzia sa pe o tecnică cu multe imperfecțiuni. Experiențele sale sînt făcute fără sistemă. Nu ține seamă, că soluțiile sînt introduse în diverse căi și la diverse animale. Neglijează specia, talia și greutatea animalelor.

Soluțiile și dozele variază într'un mod arbitrar; unui câine îi dă 0.50 gr. Fl K solvită în 10 cmc. apă, unui epure 1 gr.. Fl K în 25 cmc. apă și unei broaște 0.05 din aceiași substanță în un vehicul neindicat.

Puțin îl privește temperatura mediului ambiant și sezonul, cînd face experiențele.

Compară experințe făcute iarna și la frig cu altele făcute din vară și la căldură. Apoi Rabuteau n'a stabilit doza mortală limită a metalului în raport cu greutatea animalului și cu un timp dat. Dînsul compară toxicitatea sărurilor ca functii de metal, fără a lua în considerare și metaloidul, ale cărui cantitate și calitate variază. In 2 grame de clorur de sodiu și 2 gr. de clorur de potasiu cantitățile de clor nu sînt egale, ca să poți da atenție numai sodiului și potasiului; în 2 grame Na Cl este 1.51 gr Cl, iar în 2 gr. Cl K numai 1.29 gr. Cl.

Deci e greu, dacă nu imposibil, a trage concluzii precise din cercetările lui Rabuteau.

Scanned with OKEN Scanner

CAP. II

LUCRĂRILE D-LUI CH. RICHET [1])

D. Richet controlînd experienţile lui Rabuteau, conchide, că concluzia atomică are destule excepţii, ca să mai poarte numele de lege. Dînsul caută, ca din rezultatele sale să scoată alte concluzii generale.

Lucrările sale se împart în patru serii de experienţă:

1. In seria I-a compară toxicitatea corpilor (în soluţii) punînd peşti în mediurile toxice.

2. In seria a II-a observă acţiunea locală a acelorași soluţii asupra cordului de broască.

3. In seria a III-a în vederea toxicităţii sărurilor, ia de reactiv viu fermentul figurat lactic.

---

1) Ch. Richet. Action physiologique comparée des métaux alcalins. Travaux de laboratoire, 1893, p. 398.

Asupra aceluiaş subiect:

Ch. Richet: C. R. Acad. Sciences 13 Martie 1882, t. XCIV, p. 742 şi 29 Oct. 1883 t. XCVII, p. 1004.

Acelaş. Arch. de physiol. 2-e série, 1882, t. X, pp. 145—174 şi pp. 366—367.

Idem. Bull. soc. Biol. 20 Mai 1882 pp. 363—366 şi 3 Iunie 1882, p. 397.

Idem. Toxicité de sels de rubidium, C. R. Acad. Sciences 5 şi 16 Oct. 1885, t. CI, p. 667.

Idem. Action physiologique des sels alcalins. Arch. physiol. 1886, 3-e série, t. VII, p. 101.

Idem. De la toxicité comparée des différents métaux, C. R. Acad. Sciences 24 Oct. 1881, t. XCIII, p. 469.

Idem. Articolul „Alcalins“ în Dict. Physiologique, Paris, 1898.

Scanned with OKEN Scanner

4. In seria a IV-a studiază acţiunea toxică la diverse animale prin injecţii subcutane (melci, raci, peşti, broaşte, porumbei, cobai, epuri şi cîni).

§ 1. Viaţa peştilor în mediurile toxice

Metoda. Aceste experienţi constau în a pune peşti în apă de mare [1]) favorabilă deci vieţii lor şi în a adăuga diverse soluţii saline.

Greutatea peştilor nu trece de 50 grame. Cristalizoarele au 2-3-4 litri de apă de mare. Concentraţia sărurilor arbitrară este raportată la greutatea metalului. In experienţile sale indică nu doza de sare ci numai doza metalului, căci în fiecare sare sînt proporţii diferite de metal:

1 gram de clorur de	potasiu	conţine	0.523	metal
1 »	»	sodiu	»	0.393	»
1 »	»	litiu (anchidru	»	0.165	»
1 »	»	rubidiu	»	0.708	»

Criteriu acţiunii toxice este moartea animalului în mai puţin de 48 ore.

O soluţie, în care peştii nu mor după 48 oare, nu este toxică.

Rezultatele. Luînd limita toxicităţii la cele 4 metale alcaline: litiu, amoniu, sodiu, potasiu, autorul a constatat următoarea progresie:

Pd. at.	METAL	Simita toxicităţii
23	Sodiu.	26.00
7	Litiu	0.25
39	Potasiu	0.20
18	Amoniu	0.064

1) Ţine seamă, că acest mediu artificial este deosebit mult de cel natural.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă reprezintă prin 1000 cantitatea de sodiu necesară pentru a fi toxică, aceia a litiului va fi reprezintată prin 10, aceia a potasiului prin 8 și a amoniului prin 2.

Nu este deci nici o relație absolută între toxicitatea acestor metale și greutatea lor atomică.

Critica. Aceste rezultate nu reprezintă absolut toxicitățile reale ale sărurilor în cauză din mai multe motive.

După d. Paulescu, autorul nu cunoaște constituția chimică a mediului marin și deci nici modificările fizice și chimice, ce le suferă acest mediu prin supraadăugare de noi săruri. Se poate ca afinitățile fizice și chimice ale sărurilor de comparat, să se fi schimbat în mediul nu tocmai cunoscut, căci se cunoaște de mult efectele antagoniste în acțiunile fiziologice ale sărurilor prin amesticurile lor; clorurul de calciu atenuiază efectele clorurului de sodiu și este antitoxic față de cel de potasiu.

Nu se știe, dacă branchiile se lasă să fie străbătute de soluțiile noastre în acelaș mod și timp; și o sare, chiar mai puțin toxică ca alta, intrată în organism în cantitate mai mare are efecte mai accentuate.

Apoi condițiile de temperatură, presiune și oxigenație sînt cu desăvîrșire schimbate și variabile micșorînd astfel rezistența peștilor în mod neuniform.

Nu știu pentru ce a redus toxicitatea sărurilor la funcția metalului, cînd în concentrațiile sale, metaloidul, cu o acțiune fiziologică reală, variază cantitativ (vezi pag. 12, aliniatul al 4-lea).

Experiențile nefăcîndu-se în condiții absolut analoage, cred că comparația și concluzia sa (vezi pag. 15, alin. 2) nu pot fi absolut justificate.

Scanned with OKEN Scanner

§ II. Experienţi asupra cordului de broască

Autorul pretinde a compara acţiunea clorurilor alcaline asupra fibrii musculare cardiace.

Metoda. Descoperind cordului, se lasă să cadă asupra lui picături (patru picături) din diverse soluţii. Incetarea mişcărilor cardiace arată intoxicare complectă, continuaţia lor dă semn de vieţuire şi deci de neîntoxicare complectă.

Concentraţia soluţiilor sînt raportate la greutatea metalului.

Rezultatele. Rezultatele acestor experienţi pot fi rezumate în tabloul următor:

METALE	Moartea cu dozele de:					Limita	Supravieţuire cu dozele de:					
Sodiu	—	—	—	—	—	*104*	104	78	78	78	39	—
Ceziu	—	—	—	160	120	*109*	80	—	—	—	—	—
Rubidiu	105	70	56	56	43	*43*	43	—	—	20	—	—
Litiu	—	—	—	27	27	*27*	27	27	27	20	13	13
Potasiu.	—	—	104	52	26	*26*	26	23	21	16	—	—
Amoniu	—	—	40	40	27	*25*	23	19	16	—	—	—

O soluţie saturată de clorur de sodiu care conţine 104 grame metal nu opreşte definitiv contractilitatea spontană a cordului. Cantitatea de litiu a atins 27 grame la litru, cînd cordul se opreşte etc.

Dacă comparăm aceste doze toxice limite cu greutatea atomică a metalului, putem constata că legea lui Rabuteau nu este aplicabilă.

Pdat.	METALUL	Limita
7	Litiu	27
18	Amoniu.	25
23	Sodiu	104
39	Potasiu.	26
85	Rubidiu.	43
133	Ceziu	109

Scanned with OKEN Scanner

Critica. Metoda următoare este supusă la obiecţii. Soluţiile nu lucrează direct şi uniform asupra fibrilor musculare. Fibrile din interior sînt cu mult mai tîrziu atacate şi ca atare ele încă ajută la prelungirea timpului de contracţie cardiacă.

Dar soluţiile, nefiind izotonice, pătrund în masa musculară a cordului diferit şi în cantităţi variabile. Compararea toxicităţii cu această metodă nu se face în condiţii avantagioase.

Nu este indiferent a se neglija cantităţile ce pătrund în sînge; intrată soluţia în sînge, influenţează astfel de cum vrea Richet şi totuşi conlucrează indirect şi direct asupra bătăilor cordului.

Rezultatele nu sînt perfect exacte ci de aproximaţie, căci împrejurările în care se fac experienţele sînt veşnic schimbătoare.

§ III. Acţiunea metalelor alcaline asupra fermentaţiei lactice

Metoda. Autorul face să fermenteze laptele, căruia apoi îi adaugă cantităţi de cloruri alcaline. Drept criteriu de toxicitate ia arbitrar, momentul cînd cantitatea de acid lactic, format în tuburile cu sărurile de comparat, egalează jumătatea cantităţii de acid lactic format în tuburile martore.

Experienţele sînt comparabile numai în condiţiile următoare :

1) Laptele să fie de aceiaş proveniență.

2) Vasele să aibă aceiaş formă analoagă,

3) Ele trebue puse în aceiaş etuvă şi în acelaş timp la 35° şi în timp de 24—48 ore şi 8 zile.

4) Inainte de a pune laptele în vase, trebue să se

Scanned with OKEN Scanner

dozeze aciditatea lui. Laptele întrebuinţat de D. Richet şi procurat din Paris avea veşnic 1,5 gr. sau 2 gr. de acid lactic la litru. Dozajul acidului lactic se face cu o soluţie alcoolică de fenol-ftaleină[1]).

Rezultatele. Aci lucrează cu vegetale microscopice, care constitue fermentul figurat al fermentaţiei şi deci rezultatele sînt deosebite de acelea date de animale.

Din toate experienţele reese, că sodiul este mai activ ca potasiul şi litiul mai tocxic ca sodiul. Rezultatele pot fi rezumate în tabloul următor :

Greutatea de metal care micşorează în jumătate activitatea fermentaţiei

Experierienţi	Na	K	Li
I	20	41	4
II	22	m. mt de 45	3.8
III	17.4	30.5	2.6
IV	15	27	—
V	20	42	—
VI	20	34	4

Din acest tablou reese că ierarchia toxică e inversă celei atomice.

Metal	Cantitate necesară a aduce ferm. la jum.	Pdat
Li	2 grame la litru	7
Na	20 „ „ „	23
K	40 „ „ „	39

De observat că aceste săruri în cantităţi mici activează fermentaţia.

1) Ea se colorează în roşu viu cînd licidul este alcalin, în cazul nostru laptele.

Scanned with OKEN Scanner

Cantitatea de metal conţinut	Cant. de acid lact. format		
	Na	K	Li
Dela 1 gr. la 2 gr. la litru	116	114	95
„ 2 „ „ 3 „ „ „			102
„ 3 „ „ 4 „ „ „			53
„ 4 „ „ 5 „ „ „			30
„ 5 „ „ 10 „ „ „	109	114	11
„ 10 „ „ 15 „ „ „	106		0
„ 15 „ „ 20 „ „ „	70	114	0
„ 20 „ „ 25 „ „ „	45		0
„ 25 „ „ 30 „ „ „	29	80	0
„ 30 „ „ 35 „ „ „	19	73	0
„ 35 „ „ 40 „ „ „		42	0
„ 40 „ „ 45 „ „ „	15	15	0

Litiu, atît pentru animale cît şi pentru vegetale, cu toată greutatea sa atomică mică, este toxic. Sodiul este inofensiv pentru animale şi toxic pentru vegetale, invers ca potasiul.

Pentru Richet orice acţiune toxică este o acţiune chimică şi că diferenţele chimice ale diverselor protoplasme (vegetală şi animală) explică diversitatea acţiunilor toxice.

Critica. Metoda urmată este preţioasă, căci a luat ca reactiv viu organisme inferioare, nediferenţiate.

Criteriu toxicităţii nu este tocmai precis.

Lipsa de izotonie a soluţiilor face ca comparaţia toxicităţii din punct de vedere chimic să nu fie exactă.

Cred, că este prea categoric, când spune, că în ultima analiză orice acţiune toxică este o acţiune chimică.

In tot cazul fenomenele chimice şi fizice nu sînt bine separate, au puncte de treceri şi propoziţia D-lui Richet nu o văd încă bazată.

Participarea fenomenelor osmotice, factor important care conlucrează în manifestăţile toxice cu factorul chimic, a fost neglijată.

Scanned with OKEN Scanner

Acţiunea metaloidului a fost lăsată pe planul al doilea şi aceasta tot în dauna rezultatelor exacte (vezi pag. 12 alin. 4).

§ IV. Acţiunea toxică a sărurilor alcaline asupra diverselor animale

In această serie de cercetări autorul nu se ocupă de cît numai cu 3 metale, Li, K şi Rb, studiate prin clorurile, bromurile lor. Toate cifrele sînt raportate, nu la greutatea sării, ci la aceia a metalului.

Metoda. El injectează soluţiile acestor săruri în ţesutul subcutan la diverse animale (peşti, porumbei, broaşte cobai, epuri şi cîni).

Drept criteriu de toxicitate ia moartea animalului cu doza mortală minimă. Dozele sunt raportate la unitate greutate de animal.

Afară de dificultăţile inerente titrajului exact al soluţiilor, purităţii produselor, i se mai prezintă două. Prima e cunoaşterea exactă a greutăţii animalului, care variază necontenit; şi a doua cea mai serioasă absorbţia mai mult sau mai puţin repede a substanţii injectate.

Caută pe cît îi posibil să înlăture parte din ele. Ţine seamă, că căile de absorbţie aduc efecte diverse şi că temperatura mediului ambiant are o mare influenţă în rezistenţa animalului.

Rezultatele. Doza toxică variază după temperatura exterioară; la animale cu sînge rece diminuă cu temperatura şi invers la cele cu sînge cald. Diferenţile în momentul cînd apar efectele maxime ale otrăvii ţin în mare parte de rapiditatea absorbţiei.

In general sărurile alcaline par a lucra în acelaş chip, influenţînd sîstemul nervos.

Scanned with OKEN Scanner

Este imposibil a se şti asupra căror centre nervoase se resfrînge această acţiune.

Sărurile de litiu diferă de cele de potasiu şi rubidiu prin rapiditatea mai mică a acţiunii lor.

Rezultatele acestor experienţe sunt rezumate în tablourile următoare (tabloul IV şi VI din Richet p. 460).

Dozele mortale minime ale clorurilor [1])

No exp.	SPECIII	Litiu	Potasiu	Rubid.	Medii
LXI	Melci	0.104	0.620	1.800	0.841
LVI	Raci	0.055	0.280	0.400	0.245
LIII	Peşti	0.090	0.450	0.720	0.420
LV	Broaşte	0.145	0.500	0.990	0.545
XXXIV	Porumbei	0.084	0.520	1.100	0.568
LVIII	Cobai.	0.100	0.550	1.050	0.566
XX	Epuri.	0.087	„	1.090	„
	Medii. . .	0.100	0.486	1.022	0.533

TABLOUL IV.

Dozele mortale minime ale bromurilor şi iodurilor [2])

No. exp.	SPECII	Li	K	Rb	Medii
	1. Bromurile				
XXV	Peşti	0.120	0.590	0.930	0.547
XVIII	Porumbei	0.060	0.410	0.590	0.353
XII	Cobai.	0.112	0.400	0.620	0.376
	Medii. . .	0.097	0.466	0,732	0.425
	2. Iodurile				
XX	Peşti	0.105	0.500	0.840	0.482
XXI	Porumbei	0.048	0.230	0.500	0.259
VII	Cobai.	0.100	0.380	0.690	0.390
	Medii. . .	0.084	0.370	0.677	0.377

TAB. VI.

1 şi 2) Cifrele ambelor tablouri se raportează la greutatea metalului conţinut în sare dela 1 kgr. greutate de animal.

Rezultatele se pot prezenta şi sub altă formă, ca să se poată compara toxicitatea clorurilor, bromurilor şi iodurilor şi pe de altă parte toxicitatea celor 3 metale.

Toxicitatea medie a celor 3 metale

SPECII	Li	K	Rb	Medii
Peşti	0.105	0.510	0.830	0.483
Porumbei	0.065	0.390	0.730	0.393
Cobai.	0.402	0.440	0.790	0.444
Medii. . .	0.518	0.447	0.783	0.440

TAB. VII.

Toxicitatea medie a bromurilor, clorurilor şi iodurilor

SPECII	Cloruri	Bromuri	Ioduri	Medii
Peşti	+ 0.419	0.547	0.482	0.483
Porumbei	+ 0.568	0.353	0.259	0.393
Cobai.	0.566	0.376	0.390	0.444
Medii. . .	0.518	0.425	0.337	0.440

TAB. VIII.

Din observarea tablourilor anterioare reese că nu este nici o relaţie între greutatea atomică şi toxicitate; rubidiul este mai puţin toxic ca potasiul cu toată greutatea sa atomică mare şi potasiul (K cu pd.at 39) mai puţin toxic ca litiul (Li cu pd.at 7).

Bazat pe aceste rezultate Richet formulează următoarele legi:

1. Pentru substanţe chimice similare, dozele toxice sînt aproape proporţionale cu greutatea moleculară şi nu cu greutatea absolută.

2. Pentru greutăţi moleculare egale, metalele alca-

Scanned with OKEN Scanner

line sunt cu atît mai toxice cu cît greutatea lor atomică este mai ridicată.

D. Richet găseşte dozele mortale moleculare minime împărţind concentraţiile indicate mai sus prin greutatea metaluluï.

Exemplu: Doza mortală a cobaiului este 0.100 gr. Li şi doza moleculară $\frac{0.100}{7}$=0.0143.

Pentru Li Cl doza mort. mol. medie este 0.0152
» K Cl » » » » » 0.0128
» Rb Cl » » » » » 0.0116
» Li Br » » » » » 0.0139
» K Br » » » » » 0.0119
» Rb Br » » » » » 0.0084

3. La greutăţi moleculare egale, clorul, bromul şi iodul combinate cu metalele alcaline sînt aproape egal toxice, dar sînt cu atît mai toxice cu cît greutatea lor atomică este mai ridicată.

Pentru Li Cl doza tox. mol. medie este 0.0152
» Li Br » » » » » 0.0139
» Li I » » » » » 0.0111

Critica. D. Ch. Richet n'a lucrat cu soluţii, ale căror concentraţii, fiind proporţionale cu greutatea moleculară să fie funcţii de greutatea metalului. Concentraţiile sale într'adevăr sînt raportate la greutatea metalului, dar nu sînt funcţii de metal ci arbitrare 2, 3. 4 %.

Cu concentraţiile lui nu se poate compara, în acţiunea sărurilor, toxicitatea metalelor; şi cu rezultatele sale nu se poate vedea dacă este sau nu vr'o relaţie între toxicitate şi greutatea atomică, după cum vrea autorul.

Cunoașterea exactă a greutății animalului, modul cum se face absorbția, localizările otrăvii și rapiditatea eliminării ei, sînt chestiuni capitale, cari n'au putut fi satisfăcute în cursul lucrărilor D-lui Richet.

Reducerea greutății animalelor la unitate greutate și raportarea toxicității la aceia a metalului dau *medii* absolut arbitrare și neexacte.

Din o serie de experiențe făcute pe broaște, am ajuns la convingerea că, dozele n'ascultă de loc o scară regulată de proporționalitate cu greutatea animalului. Doza mortală pe unitate greutate la animale mari este mai mică ca aceiaș la animale mai mici.

Timpul necesar absorbției, cînd injecția nu este făcută întravenos, variază cu soiuțiile. Una înceată dă răgaz animalului să poată elimina cantități mai mărícele de toxic și astfel să mai atenueze acțiunea lui. Nefiiind aceleași absorbții, celule organismului sînt atacate în un timp dat de cantități variabile de săruri și deci compararea toxicității nu se face în condiții analoage.

Criteriu toxicității prin moartea animalului este ceva arbitrar, cu toate că este preferabil tuturora în acțiunile generale. Mecanismul morții nu-l cunoaștem și nici cauzele sale. Nu este indiferent a ști sau nu localizările încă nedeterminate ale substanțelor. Cred, că moartea mai repede provocată de un toxic nu m'ar putea indritui să înclin spre o toxicitate mai măre asupra celuii în general ; cîte fenomene, încă aparent capricioase, contribue la moartea animalului (ca sincopa, fenomenele inhibitorii etc.)

Pe o simplă analogie cu dubla descompunerea ace-

tatului de argint ajunge la concluzia, că acţiunea toxică este de ordine chimică.

Cum se face că Aubert şi Dehn au găsit pentru aceleaşi animale şi clorur de potasiu doza mortală de metal la 1 kgr. animal de 0.007-0.006 şi D. Richet 0.523.

Autorul umblă cu prea multe *medii*. Dozele sale toxice sunt luate cele mijlocii şi considerate la un loc pentru peşti, porumbei şi cobai. El se bazează deci pe o *doză medie a dozelor medii* pentru trei specii de animale la un loc; cred că această normă este hazardată, avînd de a face cu cauze şi efecte încă necunoscute sau măcar neîntrezărite.

Rezultatele medii n'au aceiaş scară ierarhică de toxicitate ca rezultatele izolate. Aşa de exemplu la pag. 472 în tabloul XII, media toxicităţii clorurilor arată că Rb e mai toxic[2]) ca Li, fapt cu totul invers pentru porumbei şi iepuri, pentru cari Li e mai toxic ca Rb ect,

Doze mortale molec. minime

		Li	K	Rb	Medii
Cloruri	Peşti . . .	0.0126	0.0115	0.0085	0.0109
	Broaşte . .	**9.207**	**0.0129**	**0.0109**	0.0149
	Porumbei.	*0.120*	*0.0133*	*0.0129*	0.0127
	Cobai . . .	0.0147	0.0141	0.0124	0.0137
	Epuri . . .	*0.0124*	—	*0.0128*	0.0126
	Media. . . .	0,0152	0.0128	0.0116	0.0132

Tab. XII.[2])

Aceiaş inversiune se vede din tabloul XII pentru LiCl şi KCl la porumbei; acelaş fapt şi pentru BrLi şi BrK.

[1]) Ch. Richet Travaux de laboratoire 1893.

[2]) Doza mortală moleculară minimă.

Doze mortale molec. minime

	Li	K	Rb	Medii
Bromuri (Porumbei.	*0.0086*	*0.0104*	—	—
(Cobai, etc.	0.0160	0.0103	—	—
Media . . .	0.0139	0.0119	—	—

Tab. XII, p. 472 [2]).

La pag. 461 tabloul VIII vedem, că iodurile şi bromurile în genere sînt mai toxice ca clorurile, fapt invers pentru peşti.

Toxicitatea medie

SPECII	Cloruri	Bromuri	Ioduri	Medii
Peşti	*0.419*	*0.547*	*0.482*	—
Porumbei.	0.568	0.353	0.256	—
Cobai	0.566	0.376	0.390	—
Media . . .	0.518	0.425	0.337	—

Tab. VII, pag. 461 [1]),

Exclude, în comparare, rezultatele căpătate cu melci şi raci [1]) spunînd un simplu motiv asupra rezistenţei nervoase mai mari sau mai mici, contrar axiomii, că o concluzie generală nu trebue să excepteze şi să excludă nimic.

Legea moleculară a d-lui Richet ar trebui să se aplice şi pentru porumbei şi peşti la diverse săruri, cu toate că în realitate se intâmplă astfel.

Aşa dar concluziile sale generale, referitoare la natura chimică a acţiunii toxice şi la proporţionalitate sînt prea categorice faţă de condiţiile, în care a făcut experienţile şi faţă de totalul său de experienţe.

---

[1]) Dozele sînt raportate la greutatea metalului.
[2]) Cifrele reprezintă diverse medii. 3) nota din pag. 472 şi alin. 4 din pag. 463.

Scanned with OKEN Scanner

CAP. III

LUCRĂRILE D-LUI PĂULESCU [1])

Metoda. Autorul caută să compare acţiunea fiziologică a sărurilor alcaline şi alcalino teroase nu asupra fiinţilor superioare, ci asupra celor inferioare, unicelulare, unde efectele toxice devin mai comparabile.

Ca reactiv viu alege levura de bere pusă într'un mediu glicozat — glicoză în apă destilată. — In acest mediu levura nu se multiplică, dar transformă glicoza în alcool şi Co^2.

Experienţele arată că în prezenţa unei anumite cantităţi de sare metalică, dedublarea glicozii este împedicată.

Autorul ia drept criteriu de toxicitate doza minimă care împedică degajarea lioxidului de carbon.

Tecnica. Cercetările sînt făcute cu un sistem de 2 eprubete (figura I).

---

[1]) Paulesco. Etude comparative de l'action des chlorures alcalins sur la matière vivante. Paris, 1901.

Paulescu V. şi journal de médécine Interne. Paris, 1901—1602.

Asupra aceluiaş subiect :

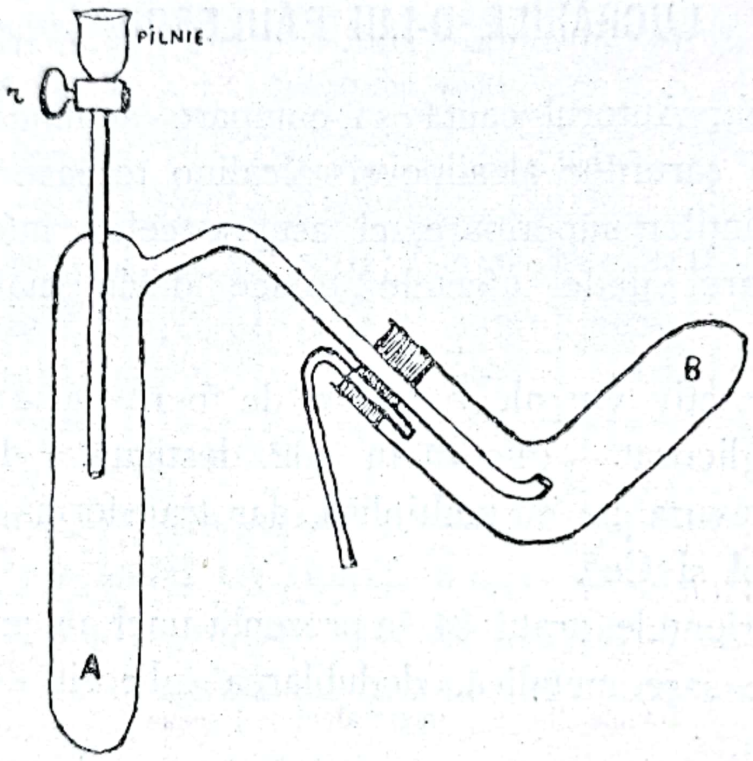
C. R. Acad. des Sciences Paris 1904.

Journal pe phys. et de path. gén. Paris 1904.

Bul. Soc. de Stiinţi, Bucureşti, an XIII, 1904, No. 1. şi 2.

Scanned with OKEN Scanner

In prima A, prin o pîlnie cu robinet, se introduce soluţia salină şi cea glicozată cu levura; în a doua B, îndoită în ansă, se găseşte apă de barită. Bioxidul de carbon degajat în prima eprubetă trecînd în a doua, precipită barita, dînd $Co^3 Ba$, şi tulbură astfel soluţia. Se consideră ca doză limită, cantitatea minimă de sare, care împedică degajarea de Co^2 şi deci formarea de Co^3 Ba.



Dozele limite sînt dizolvate în 10 cmc. de apă şi pentru uşurinţa comparaţiei se reportă doza la 1 litru, înmulţindu-se astfel cifra cu 100.

Rezultatele experienţilor asupra diferitelor săruri, trebuind să fie comparate, în totdeauna, unui aceluiaş termen fix, s'a instituit în acelaş timp, de fiecare dată experienţe comparative, în care termenul fix ales este doza limită de Na Cl.

Afară de aceasta, în un aparat martur, se pune ca

şi în celel'alte: 10 cmc. apă dist., 0.05 gr. glicoză şi 0.05 gr. levură, dar nu se adaogă sare metalică.

Rezultatele[1]) Dozele limite în condiţiile experienţilor făcute de d. Paulescu sînt următoarele:

Clorur de amoniu NH_4Cl — 0.9 gr.
» » sodiu $NaCl$ — — 1.0 gr.
» » potasiu KCl — — 1.4 gr.
» » rubidiu $RbCl$ — — 2.3 gr.

Aceste doze sînt de o sută de ori mai mari pentru un litru.

Dozele limite pentru met. alcaline

SĂRURILE	Greut. mol.	D. lim. la ‰	Rap. $\frac{\text{greut. m.}}{\text{D. lim.}}$
$ClNH_4$	53.5	90	$\frac{53.5}{90} = 0.59$
$ClNa$	58.5	100	$\frac{58.5}{100} = 0.58$
ClK	74,5	140	$\frac{74.5}{140} = 0.53$
$ClRb$	120.9	230	$\frac{120.9}{230} = 0.52$

Dozele limite p. met. alcalino-teroase

SĂRURILE	Greut. mol.	D. lim. la ‰	Rep. $\frac{\text{greut. m.}}{\text{D. lim.}}$
Clorur de Ca	111	95	$\frac{111}{95} = 1.16$
Cl_2Sr	158.5	140	$\frac{158}{140} = 1.13$
Cl_2Ba	208	185	$\frac{208}{185} = 1.12$

[1]) Pentru expunerea detailată a experienţelor, V. journal de phys et path génér. Paris 1904. No. 4 şi 15. (4 şi 5).

Din cele ce preced decurg următoarele:

1. Dojele limite ale sărurilor matalelor alcaline, sînt proporţionale cu greutăţile moleculare sau sînt egale cu greutăţile moleculare împărţite prin constanta 0.55.

2. Dozele limite ale sărurilor metalelor alcaline sînt proporţionale cu greutăţile moleculare sau sînt egale cu greutăţile moleculare împărţite prin constanta 1.10.

Din aceste 2 legi decurg 2 corolare importante.

a) O moleculă de sare de metal alcalinoteros, produce un efect echivalent cu acel a două molecule de sare de metal alcalin.

b) Clorurile alcaline şi alcolino teroase sînt în greutăţi egale cu atît mai active, cu cît greutatea atomului lor metalic este mai slabă.

Contrar afirmaţiilor d-lui Richet, autorul demonstrează sub controlul experienţelor că acţiunile toxică este de natură fizică.

Dacă substanţele in chestiune ar lucra chimic asupra materiei vii, dozele lor limite ar trebui să varieze, cînd facem să varieze cantitatea de levură; din contra dacă acţiunea acestor substanţe este pur fizică, dozele lor limite trebue să fie independente de cantitatea de levură şi trebue să varieze cu concentraţia soluţiei lor.

In o serie de experienţi, autorul face să varieze cantitatea de levură, cantităţile de sare glicoză şi apă distilată rămînînd invariabile. In a doua serie de experienţi dînsul face să varieze cantitatea de apă distilată, cantităţile de sare, giicoză rămînînd aceleaşi.

Aceste experienţi au fost repetate şi rezultatele lor au fost identice,

In rezumat doza limită a clorurilor de sodiu de

amoniu, de potasiu şi rubidiu este independentă de cantitatea de levură; din contra doza limită a clorurului de litiu variază în unele limite. care rămîn a se determina cu greutatea levurii.

In general substanţele lucrează ca şi cum moleculele lor, disiminate în masa licidului nu s'ar fixa pe materia vie.

Autorul crede, că aceste săruri lucrează asupra celulii de levure, sustrăgîndu-i apa prin fenomene de osmoză.

Critica. Autorul nu lucrează în condiţii analoage, căci nu se foloseşte de soluţii izotonice. Schimburile smotice sînt diferite pentru fiecare sare. Concluzia, că în acţiunile toxice ale sărurilor intră numai fenomene fizice, este prea categorică. Clorurul de Litiu face excepţii.

Raportul între dozele limite şi greutatea moleculară nu este constant.

Dozele limite variază (Cl_2 Ca are uneori 0.50 şi alte ori 0.95).

CAP. VI.

LUCRAREA D-lui BUGLIA [1])

Metoda. Compară toxicitatea diverselor săruri, bazîndu-se pe acţiunea lor asupra unuia şi aceluiaş ţesut—muşchiul.

Ia drept criteriu de toxicitate, încetarea excitabilităţei musculare şi indice de toxicitate timpul necesar manifestărei acţiunii.

Tecnica. Un gastronecmian de broască, izolat este montat pe un miograf. care permite a se înscrie contracţiile musculare pre un cilindru afumat.

Muschiul, introdus în soluţie este excitat prin un curent electric constant şi nijlociu. Experienţele [2]) sînt făcute într'un mediu cald şi umed cu temperatura constantă. Autorul stabileşte acţiunea toxică calculată în grame echivalente, iar rezultatele obţinute sînt raportate sub forma grafică — determinîndu-se astfel curba toxicităţii.

Rezultatele. Rezistenţa muschiului se arată mică pentru soluţii prea concentrate sau prea diluate.

Comparînd traseurile, se observă că potasiu este cel

---

[1]) Dott. G. Buglia. Tossrcita comp. dei cationi sul musculo. Archivio di Fisiol. IV. Fasc. III 1907.

[2]) Experienţele au fost făcute în timpul ernei.

mai toxic, apoi vine litiu și sodiu. Bariul și calciul diferă mult unul de altul, primul fiind foarte toxic.

Din combinarea tuturor rezultatelor sale ajunge la concluziile următoare:

1. Nu este raport simplu între toxicitate și concentrație.

2. Acțiunea fiziologică se manifestă și chimic și fizic.

3. Toxicitatea crește cu greutatea atomică.

Critica. Metoda întrebuințată este destul de ingenioasă, dar tecnica nu pare ireproșabilă.

Cufundarea muschiului în soluție nu cred a da rezultate absolut exacte. Pătrunderea soluțiilor în masa musculară e împiedicată neuniform de învelișurile sale (sarcolem, perimiziu intern si extern), căci unele concentrații fiind echivalente cu greutatea absolută, soluțiile au izotonii deosebite. In un timp dat nu aceleași cantități de săruri lucrează asupra fibrelor musculare.

Insuș autorul vede, că litiul face excepție și de aceia îl pune în grupul alcclin teros, contrar clasificării chimice cunoscute.

Aceste încercări ale d-lui dr. Buglia sînt importante căci în experiențele sale a întrebuințat soluțiile cu concentrații diverse și multiple.

Scanned with OKEN Scanner

A DOUA PARTE

CAP I.

METODA

Animalul ales este *broasca*.

Sarurile cu care am lucrat sînt clorurile alcaline și alcalino-teroase în soluții apoase. Soluțiile întrebuințate sînt: unele cu concentrații arbitrare 10% și altele izotonice.

Cele izotomice sînt făcute izosmotice cu plasma musculară de broască [1]) astfel că compar toxicitatea numai din punct de vedere chimic.

In soluțiile izotonice, cantitățile sărurilor sînt proporționale cu greutatea moleculară.

In diversele soluții de cloruri, anionul, metaloidul, este constant și numai cationul variază. Cu asemenea soluții se poate deci compara, în toxicitatea sărurilor acțiunea metaloidului, cationul.

Toxicitatea asupra întregului organism o studiez făcînd injecții subcutane și intravenoase.

---

[1]) N'am ales izotomia sîngelui, ca punct de reper, pentru că însăș ea e funcție de aceia a plasmei musculare.

Ant. Jappelli. Rolul țesutului muscular în regularea presiunei osmotice a sîngelui. Ach. internat. de Physiol. Vol. IV. 1906.

Țesutul muscular este mai apt a lua apă ca sărurile sîngelui.

Scanned with OKEN Scanner

Ca criteriu de toxicitate am luat moartea animalului, iar drept indice de toxicitate, timpul de 24 ore necesar dozei mortale minime să-și facă efectul.

Toxicitatea specială asupra unui țesut simplu — mușchiul — o caut făcînd să circule artificial soluțiile în cauză prin vasele membrelor posterioare.

Criteriu și indice de toxicitate sînt: inexcitabilitatea mușchiului sau diminuarea excitabilității lui și timpul necesar soluțiilor să-l omoare sau să-l facă mai puțin excitabil.

Am ales broaște aproape de aceiași greutate pentru fiecare grup de experiențe.

Broaștele, animale cu sînge rece și cu temperatură neconstantă, au un mediu intern, al cărui condițiuni sînt schimbătoare după sezon. In general rezistența lor este invariabilă.

Avînd a face încercări cu soluții izotonice cu sucul muscular, era indicat să știm dacă concentrația acestui suc variază [1]). In adevăr s'a observat prin crioscopie [2]) că în timpul ernei concentrația sucului e mai slabă ca în timpul verei, fapt în conformitate cu experiențele lui Ferranini [3]).

Nu este indiferent deci a compara rezultatele experiențelor făcute iarna cu ale altor făcute de vară.

---

[1]) L. Fredérich. Concentrația moleculară a țesutelor animalelor de apă dulce (determinată crioscopic) este extrem de variabilă. Arch. internat. de Physiol. vol. II. 904—905,

[2]) In o serie de cercetări încă neisprăvite de d. Grădinescu.

[3]) Ferranini. Cercetări exgerimentale asupra fiziopatologiei mușchilor membrelor supuse la imocilizare. Arch ital. de Biol. fasc. XLVI, 1906. Rezumat în Joarn. de Physiol. et Path. gen. din 15 Ianuarie 1907.

In mușchii supuși la impbilizare prelungită, se constată o mărire a conținutului de apă și o micșorare în proporțiile de săruri.

Scanned with OKEN Scanner

Lucrarea mea coprinde două grupe de experienţe: unele făcute pe animale întregi şi altele pe ţesut muşcular.

Primele sînt de 2 feluri: experienţe de iarnă şi de vară.

Scanned with OKEN Scanner

CAP. II.

TECNICA

Tecnica în experienţele relative la efectele generale ale sărurilor [1])

In grupul relativ la efectele generale sînt 2 serii de experienţe: una cu soluţii de concentraţia 10 % injectate subcutan şi alta cu soluţii izosmatice injectate intravenos.

In experienţele din *prima serie*, din timpul iernei, am practicat injecţiile în sacul dorsal cu precauţia să nu iasă afară ceva din lichidul injectat prin gaura făcută de acul siringă.

Am căutat să experimentez cu broaşte de greutăţi aproximativ apropiate. Contrar aparenţei, diferenţele în greutate nu sînt mari, majoritatea animalelor, cele mai grele fiind de sex feminin şi pline cu ouă, care sînt indiferente în ceea ce priveşte rezistenţa organismului faţă cu o soluţie toxică.

A doua serie coprinde experienţele făcute în lunile Aprilie şi Mai.

Am căutat mai întâi să aflu concentraţia sărurilor în soluţiile izosmotice cu sucul muscular. Cunoscînd

[1]) Intrebuinţate în experienţele făcute în laboratorul d-lui Paulescu.

tensiunea osmotică a sucului [1]) în lunile Aprilie și Mai — 0.57, 0.58 — după mai multe încercări crioscopice am găsit concentrația soluției de clorur de sodiu de 9.06 $^0/_{00}$. In urmă am aflat concentrațiile soluțiilor celorlate cloruri, folosindu-mă de formula [2]) : $p=p' \frac{M'}{M} \cdot \frac{K.}{K'}$ Find aflate prin calcul concentrațiile aproximative ale sărurilor controlate prin încercări crioscopice, mi-au dat concentrațiile soluțiilor diverselor cloruri, soluții izotonice cu soluția de ClNa și deci izosmotice cu sacul muscular.

Concentrațiile istorice [3])

No.	Sarea	Pd. mol	Pd at. a. K.	Pd. at. An.	Punct crioscop al soluției		P. crioscop al apei destilate	gr. de sare la $^0/_{00}$	gr. K. în sol.	gr. An. în sol.
1	Cl Li	42.45	7	36.45	2040	572	2612	6.606	1.089	5.517
2	Cl N H 4	52.57	18.12	„	1888	577	2465	8.332	2.871	5.461
3	Cl N a	58.45	23	„	2276	577	2853	9.096	3.579	5,417
4	Cl K	74.45	39	„	2280	573	2853	11.550	6.050	5.500
5	Cl Rb	120.85	85.40	„	2029	578	2607	19.456	13.666	5.790
6	Cl^2 Mg	95.40	24.40	Cl2; 2 35·45	1711	578	2289	10,565	2.712	7.853
7	Cl^2 Ca	110.90	40	„	2278	575	2853	12.559	4.520	8.039
8	Cl^2 Sr	158.60	87.60	„	1709	580	2289	18.150	10.020	8.130
9	Cl^2 Ba	208,40	137.40	„	2286	573	2859	23.860	15.731	8.129

Ca să aflu efectele generale ale sărurilor, am in-

1) Din câte-va cercetări ale lui D-nu Grădinescu din Institutul de Fiziologie.

2) Formulă scoasă din capitolul „Osmoza“ scris de D-nu Dastre în „Traité de physique biologic T. I. 1901 p. 536 ; p și p' reprezintă concentrațiile la 100 ; M și M' greut. moleculară, iar K și K' coificienții izotonici. Fie p = 0.906 $^0/_0$ ClNa și p' = conc. necunoscută a ClK. $p' = 0.906 \times \frac{74.45}{58.45} \times \frac{3}{3}$ sau $p' = 0.906 \frac{74.45}{58.45}$,

3) Determinate în Inst. de Fisiol. Atanasiu.

4) Pdmol : greutatea moleculară. Pd.ata K = greut. atomică a metalului. Pd.at a An. = gr. at. și metaloidului.

jectat aceste soluţii încet şi continuă în o venă din jumătatea posterioară la animalul prealabil cloroformizat. Volumul maxim de soluţie injectată este de 1 cmc. [1]).

II. Tecnica experienţilor relative la efectele speciale ale sărurilor [2])

Am ales ca material de studiu, muşchiul gastrocnemian, neizolat şi rămas în posiţia sa normală.

Am făcut circulaţia artificială cu diferite soluţii saline în jumătatea posterioară a broaştei; licidul intra prin canulă în aorta abdominală şi din ramificaţiile arteriale, trecea în capilare, de unde prin vene era dat afară, stabilindu-se de altfel în muşchi o circulaţie continuă. Pentru a avea criteriul toxicităţii (inexcitabilitatea muşchiului) am procedat în modul următor: am excitat muşchiul, prin care a trecut soluţia, cu un curent electric [3]) şi dacă a încetat de a mai răspunde prin contracţii excitaţiilor aplicate direct pe dînsul, înseamnă că a fost intoxicat complect (mort). Excitaţia sa s'a făcut prin 2 găuri mici, făcute în tegument de fiecare parte a capetelor de inserţie a gastrocnemianului, aşa că muşchiul supus la experienţă nu a fost descoperit ci a rămas învălit natural în tegumentul extern al membrelor, ca să nu fie influenţat de vr'un agent exterior.

Pentru a face circulaţia intramusculară cu soluţiile menţionate mai sus, m'am servit de pîlnii de separaţiune, luînd precauţia ca atît presiunea sub care cir-

1) Doze peste 1 cmc. ar fi prea mari faţă de cantitatea de sânge.
2) Intrebuinţată în experienţile făcute în Instit. de Fisiologie Atanasiu.
3) Date de un cărucior Dubois-Raymond activat de un acumulator.

Scanned with OKEN Scanner

culau licidele cît și debitul canulelor să fie același în toate experiențile.

Acțiunea sărurilor asupra țesutului muscular se exercită mai bine, cînd soluțiile pătrund în mușchiu prin sistemul circulator. Prin urmare procedarea lui Buglia e defectuoasă, căci el confunda mușchiul în licid. Totuși procedarea noastră prezintă oare-care inconveniente și anume că; unele soluții produc fie coagularea sângelui din vase, fie înfiltrarea țesutului interstițial.

In ambele cazuri circulația este împiedicată sau chiar întreruptă. Experiențele în care circulația se întrerupe curînd, după stabilirea ei în mușchiu, n'au fost socotite.

D. Atanasiu și Grădinescu [1]) au arătat că infiltrația interstițială cu licidul lui Locke poate fi diminuată sau chiar întreruptă cu ajutorul adrenalinei dizolvate în el. Timpul nu mi-a permis să întreprind alte experiențe, în care să adaug și adrenalină la soluțiile arătate mai sus.

---

1) Atanasiu și Grădinescu. La circulation artif. dans le muscle. C. R. Soc. Biol. 1908 No. 13.

CAP. III

FAPTE EXPERIMENTALE

§ I. Considerațiuni generale

I

Pentru rezolvirea problemei noastre majoritătea cercetătorilor au ales două familii climice: acelea ale metalelor alcaline simple și alcalino-teroase, bine determinate si în care metalele au o greutate atomică foarte variabilă.

I. Metalele alcaline simple au oare-care proprietăți chimice generale comune [1]) fie-care dintr'însele păstrându-și însă caracterele particulare.

Dintre caracterele comunn, acelea ce ne interesează pe noi sînt :

1. Clorurile lor sînt stabile și solubile în apă.
2. Ei sunt monovalenți.

Aceste metale sînt :

Litiu	— Li —	cu	greutatea	atomică	7
Sodiu	— Na —	»	»	»	23
Potasiu	— K —	»	»	»	39
Rubidiu	— Rb —	»	»	»	85
Ceziu	— Cs —	»	»	»	133

1) R. Engel. Nouveaux Eléments de Chimie Biologique 1892.

Reprezentînd prin 1 greutatea atomică a litiului, avem în mod aproximativ seria următoare [1]).

Litiu	—	cu greutatea atomică		1
Sodiu	—	»	»	3
Potasiu	—	»	»	6
Rubidiu	—	»	»	12
Ceziu	—	»	»	19

La această serie chimică s'a adăogat amoniu [2]) (NH^4), care joacă rolul unuĭ radical metalic. Greutatea sa atomică este 18 și trebue pus între litiu și sodiu.

Litiu	— Li	— cu greutatea atomică		7 . .	1
Amoniu	— NH^4	— »	»	18 . .	3
Sodiu	— Na	— »	»	23 . .	3+a
Potasiu	— K	— »	»	39 . .	6
Rubidiu	— Rb	— »	»	85 . .	12
Ceziu	— Cs	— »	»	133 . .	19

II. Metalele alcalino-teroase au și ele anumite proprietăţi chimice comune :

1. Clorurile lor sînt solubile în apă.

2. Ei sînt bivalenţi.

Aceste metale sînt :

Magneziu	— Mg	— cu greutatea atomică			24.3
Calciu	— Ca	— »	»	»	40
Stronţiu	— Sr	— »	»	»	85
Bariu	— Ba	— »	»	»	137

Reprezentînd prin 1 greutatea atomică a magneziului, avem aproximativ seria următoare :

---

1) Din Ch. Richet. Trav. de Labor. 1893 pag. 401.

2) Amoniu este un compus ipotetic, neizolat, care după Ampère funcţionează ca un metal în sărurile amoniacale. N'a putut fi izolat de cît în stare de amalgam cu Hg.

Scanned with OKEN Scanner

Magneziu — Mg — 1
Calciu — Ca — 2
Stronţiu — Sr — 4
Bariu — Ba — 6

II

In experienţile cu injecţii atît subcutane cît şi întravenoase se prezintă mai multe dificultăţi.

Prima este relativă la cunoaşterea exactă a greutăţii animalului.

A doua la absorbţia mai mult sau mai puţin repede a substanţii injectate.

A treia la reacţia soluţiilor.

Este imposibil a se preciza cu exactitate greutatea animalului. Această greutate este variabilă şi diferenţele sînt relativ mari pentru animale de talie mică — ca broaştele; ele pierd şi absorb apa cu mare uşurinţă, schimbîndu-şi ast-fel greutatea.

In lucrarea mea am căutat să aleg broaşte avînd aproape greutăţi egale, ceea ce mi-a fost imposibil, din cauză că ar fi necesitat un număr prea mare. Am fost dar forţat să întrebuinţez animale avînd greutăţi apropiate şi să caut dozele mortale pentru mici grupuleţe.

Absorbţia soluţiilor injectate subcutan variază cu natura soluţiei şi concentraţia soluţiei. In plus cantităţile de săruri, cari pătrund pînă la celulele ţesuturilor interne nu mai sînt aceleaşi, pe care le-am injectat sub piele.

S'au produs acolo fenomene de osmoză, ale căror rezultate este că numai o parte din aceste săruri pătrund în mediul intern (sînge, limfă), o altă parte ră-

Scanned with OKEN Scanner

mînînd pe loc, cel puţin în primele momente ce urmează injecţia. Afară de aceasta, diferitele săruri, cari pătrund in organism, pot avea localizări speciale asupra uneia sau alteia din celulele diferitelor ţesuturi şi ca atare efectele lor nu sînt comparabile. Soluţiile injectate intravenos pătrund în mediul intern mult mai repede ca cele injectate subcutan dar şi în acest caz e un desavantaj căci de multe ori se întîmplă accidente cardiace şi fenomene inhibitorii în afară de efectele toxice căutate.

Soluţiile întrebuinţate nu sîntperfect neutre.

Cele de ClRb, ClLi, Cl^2Ba şi Cl^2Sr au reacţii alcaline.

Cred că şi acest fapt poate modifica întru-ceva efectele toxice ale substanţelor întrebuinţate.

In experienţele de circulaţie artificială făcute în muşchi se prezintă de multe ori dificultăţi, care fac rezultatele nesigure.

§ II. Efectele toxice generale

A. Efectele soluţiunilor de cloruri alcaline injectate subcutan

In această serie de experienţi caut să văd acţiunea comparată a clorurilor alcaline şi scara toxicităţei lor la broaşte. Astă iarnă după o serie comparativă de injecţii subcutane din soluţiile de concetraţie 10 $^0/_0$, deci cu mult mai mare faţă de aceia a sucurilor de broască $9^0/_{00}$, am căpătat următoarele rezultate :

1) Efectele generale exercitate asupra organismului de clorurile alcaline sînt : perderea excitabilităţii sistemului nervos central şi periferic şi apoi alteraţia contractalităţii musculare.

2) Afară de această acţiune comună metalele au

și alte efecte particulare, pe care s'au bazat mulți autori ca să stabilească relații între natura acțiunei fiziologice și locul cel ocupă aceste metale în clasificația chimică.

3) Toate aproape determină oprirea cordului în diastolă.

4) Clorurul de amoniu are efect convulzivant. In doze mari fenomenele de excitație sînt înlocuite prin fenomene de paralizie, urmate de moartea prin cord.

5) După intensitatea acțiunilor lor toxice clorurile metalelor alcaline pot fi clasate în felul următor: de litiu, de potasiu și de amoniu foarte toxice; cele de rubidiu și ceziu, mai puțin toxice și cel de sodiu aproape inofensiv.

La broaște de 60 grame dozele mortale minime [1]) găsite sînt:

Cl. Na	negăsita	valoare în metal
Cl. Rb	0,125 gr.	0,0882
Cl. Cs	0,110	0,0868
Cl. Li	6,090	0,0148
Cl. NH_4 . . .	0,060	0,0206
Cl. K.	0,035	0,0182

6) Nu este un report constant între toxicitatea metalului și greutatea sa atomică, după cum vom vedea și din tabloul următor:

[1]) Doza cea mai mică în stare a omorî o broască de 60 gr.

Scanned with OKEN Scanner

No.	Sarea	Pd. m.	Pd. at. k.	Doza	Pd. kat.	Pad. An.	C. d. tox.
1	Cl Na	58.45	23	negăs.	negăsită	negăsită	1
2	Cl Rb	120.85	85.4	0.125	0.0882	0.0368	2
3	Cl Cs	168.35	132.9	0.110	0.0868	0.0232	3
4	Cl Li	42.45	7	0.090	0.0148	0.0752	4
5	Cl N H4	52.57	18.12	0.060	0.0206	0.0394	5
9	Cl K	74.45	39	0.035	0.0182	0.0168	6

7) Raportată toxicitatea la kilogram animal dă o aproximaţie imperfectă.

Rezistenţa animalului nu este proporţională cu greutatea şi deci cu talia sa.

Cercetările în acest sens făcute de mine pe o serie de broaşte mascule, unde nu intervine indiferenţa ouălelor ca la femele, arată că rezistenţa unităţii de kilogram la un animal de talie mare este mai mică ca la unul de talie mică.

Metoda injecţiunilor subcutane are multe inconveniente :

a) Soluţiile fiind prea concentrate (Hipertonice). Schimburile osmotice se fac cu greu şi mai mult în dauna licidelor organice ;

Ast-fel că nu toată sarea trece din sacul dorsal, locul de injecţie, în curentul circulator.

b) Soluţiile nefiind izotonice pătrund în interiorul organismului în mod diferit unede de altele.

c) In rezultatele obţinute nu se poate reduce toxicitatea sărurilor la acţiunea metalului, căci metaloidul diferă cantitativ.

Dacă refer cifrele obţinute de mine la kgr. greutate de animal am dozele următoare raportate la metal.

Scanned with OKEN Scanner

Dozele mort. min. pe Kgr. animal

No.	Sarea	Pd. mol.	Toxic metal.
1	Na Cl	58.45	negăsită[1])
2	Cl Rb	120.85	1.469 gr.
3	Cl Cs	168.35	1.433 „
4	Cl N H4	52.57	0.343 „
5	Cl K	74.45	0.303 „
6	Cl Li	42.45	0.246 „

Dozele mort. mol. min. pe Kgr. animal

No.	Sarea	Pd. at.	Toxic. met.
1	N H4 Cl	18.12	0.189
2	Li Cl	7	0.035
3	Rb Cl	85.4	0.017
4	Cs Cl	132.9	0.010
5	K Cl	39	0.008
6	Na Cl	23	indiferentă

Deci toxicitatea metalelor, nu e în relaţie directă nici cu greutatea moleculară şi nici cu greutatea atomică, fapt observat de alt-fel şi în însă-şi lucrările lui Ch. Richet.

B. Efectele soluţiilor de cloruri alcaline injectate intravenos [1])

Soluţiile întrebuinţate în aceste experienţi sînt izotonice şi de concentraţii proporţionale cu greutatea moleculară a sărurilor. Aci toxicitatea într'adevăr depinde numai de acţiunea metalului.

Clorurul de sodiu. Rezultatele efectelor sale sînt rezumate în următorul tablou :

[1]) Foarte mică.

[1]) Experienţi făcute în lunile Aprilie şi Mai.
Doza maximă injectată este de 1 cmc soluţie.

CL NA 0.909%

No.	Greut. an.	Doza vol. cmc.	Doza greut. mgr.	Greut. met.	Observaţie
1	69	0.50	4.548	1.789	In 24 ore n'a murit nici una.
2	69	0.75	7.822	2.683	
3	70	0.60	5.458	2.147	
4	70	0.50	4.548	1.789	
5	70	1.00	9.096	3.579	
6	71	0.50	4.548	1.789	
7	71	0.75	7.822	2.683	
8	72	0.65	5.908	2.326	
9	72	1.00	9.096	3.579	
10	72	1.00	9.096	3.579	

In aceste doze clorurul de sodiu este inofensiv.

Animalul nu-şi schimbă în intervalul de 24 ore de la injecţie greutatea. Omorînd mai multe, la autopsie n'am găsit nimic deosebit.

Clorurul de potasiu CL K 1.155%

No.	Gr. anim.	D. vol. cmc.	D. greut. mgr.	Greut. Kat. mgr.	Observaţie
1	70	0.40	4.620	2.420	vie
2	70	0.40	4.620	2.420	vie
3	70	0.50	5.775	3.025	vie
4	72	0.95	—	—	moartă
5	72	0.65	7.517	3.932	„
6	72	1.00	11.550	6.050	„
7	72	1.00	11 550	6.050	„
8	73	0.60	6.930	3.630	vie
9	74	0.75	8.672	4.537	moartă
10	75	0.70	8.085	4.235	„
11	80	0.50	5.775	3.025	vie
12	81	1.00	11.550	6.050	moartă
13	84	0.65	7.517	3.932	vie
14	76	0.70	8.085	4.235	moartă

Observînd acesta reesă:

a) Clorurul de potasiu este foarte toxic.

b) Doza mortală min. este 7.517 mgr. sau 0.65 cmc. sol. Broaştele injectate intră repede în o fază de depresiune pronunţată.

Scanned with OKEN Scanner

Clorurul de Amoniu. Această sare, este una din cele mai toxice. In general sărurile de amoniu au efecte convulzivante, determinînd mai ales exaltarea senzibilităţii reflexe.

Cl NH_4 0.833%

No.	Gr. anim.	D. volum cmc.	D. greut. mgr.	gr. Kat. mgr.	Observaţie
1	61 gr.	0.75	6.249	2.152	moartă
2	66 „	0.60	4.999	1.680	„
3	70 „	0.75	6.249	2.152	„
4	76 „	0.60	4.999	1.680	„
5	70 „	0.75	6.249	2.152	„
6	72 „	1.00	8.332	2.871	„
7	74 „	1.00	8.332	2.871	„
8	71 „	0.35	2.917	1.048	vie
9	70 „	0.35	2.917	1.048	vie
10	78 „	0.50	4.166	1.435	moartă
11	70 „	0.50	4.166	1.435	moartă
12	74 „	0.35	2.917	1.048	vie

Din acest tablou deduc :

a) Doza mortală min. pentru broaşte 70—80 grame este de 2,017 mgr. Cl NH_4 sau 0.35 cmc. sol.

b) In injecţii intravenoase, pare a fi cea mai toxică. Imediat dupâ injecţii broasca prezintă convulzii accentuate.

Clorurul de Litiu. Cl Li 0.660%

No.	greut an.	Doza vol. cmc.	Doz. greut. mgr.	Gr. Kat. mgr.	Observaţie
1	73	0.50	3.303	0.544	După 24 ore vie
2	73	1.00	6.606	1.089	moarta
3	70	1.00	6.606	1.089	vie
4	70	0.75	4.954	0.816	„
5	76	0.75	4.954	0.816	„
6	79	0.50	3.303	0.544	„
7	80	1.00	6.606	1.089	„
8	80	1.00	6.606	1.089	„
9	78	1.00	6.606	1.089	„
10	78	1.00	6.606	1.089	„

Scanned with OKEN Scanner

In interval de 24 ore, acest clorur are efecte puţin manifeste.

Din tabloul de sus observăm:

a) Doza mortală min. este mai sus de 5,606 mgr. pentru broaşte de 73—79 grame sau peste 1 cmc. sol. Dat fiind condiţia, a nu injecta mai mult de 1 cmc, n'am putut găsi doza mortală minimă.

Clorurul de Rubidiu. Din cauza greutăţii sale moleculare mari, concentraţia soluţiei sale izotonice este relativ mărită.

GL RB 1.945%

No.	Greut. an.	Doza vol. cmc.	D. greut. mgr.	Greut. kat. mgr.	Observaţie
1	69	1.00	19.456	13.666	moartă
2	70	1.00	19,456	13,666	„
3	73	0.75	14.592	10.249	vie
4	75	0.80	15.563	10.932	vie
5	76	0.80	15.563	10.932	moartă
6	75	0.60	11.675	8.199	vie
7	70	0.80	15.563	10.932	vie
8	78	0.80	15.563	10.932	vie
9	78	0.85	16.537	—	moartă
10	76	1.00	19.456	13.666	moartă

Doza mortală a clorurului de rubidiu *pentru broaşte de 73—78 este de 15.563 mgr. sau 0.80 cmc. soluţie.*

Efectele generale ale clorurilor alcaline [1]) *şi comparaţia lor* în funcţie de toxicitatea kationului.

Un tablou rezumativ va reprezinta clar accastă comparaţie.

[1]) Clorurul de Ceziu a fost exclus pentru că e foarte scump.

Toxicitatea raportată la volumul soluțiilor izotonice

No.	Sarea	Pd m.	Pd at. Kat.	Doz. greut. mgr.	Greut. Kat.	U. vol, cmc.	C. d. toxic	C. d. pd. at.
1	Cl Na	58.45	23	negăsită	negăsită	—	5	3
2	Cl Rb	120.85	85.40	15.563	10.932	0.80	3	5
3	Cl Si	42.45	7	mai mare ca 6.606	—	1.09	4	1
4	Cl NH_4	52.57	18.12	2.917	1.048	0.35	1	2
5	Cl K	74.45	39	7.517	3,932	0.65	2	4

Din acest tablou general reesă că:

a) Avînd în vedere volumul soluțiilor izotonice, toxicitatea urmează următoarea serie: clorurul de amoniu este cel mai toxic și apoi vin: clorurii de potasiu, rubidiu, litiu și sodiu, care este aproape inofensiv.

b) Nu există nici o relație între toxicitate și greutatea atomică a metalului. Clorurul de amoniu cu greut. at. a relativ foarte mică este cu mult mai toxic ca clorurul de rubidiu, al cărui metal are greut. at. 85.40.

Toxicitatea e următoarea după metal:

NH_4 cu pdat 1811 c. m. toxic
K » » 39.00 —
Bl » » 85.40 —
Li » » 7.00 —
Na » » 23.00 c. m. p. toxic.

De aci corolarul, că *săruri în cantități echivalente cu greutatea moleculară, nu urmăresc o toxicitate funcție de greutatea atomică a Kationului*[1]).

1) Acest corolar contrar concluziei lui Richet.

Scanned with OKEN Scanner

C. Efectele generale ale sărurilor alcalino-feroase

In această serie de experienţe am făcut injecţii intravenoase de soluţii izotonice.

Rezultatele acestor injecţii nu sânt încă concludente şi ca atare n'au nici o valoare.

Pentr $Cl._2$ Ca, $Cl._2$ Mg. şi $Cl._2$ S_2 n'am putut afla doza mortală limită, căci nici o broască n'a murit în urma injecţiilor de 1 cme de soluţie.

Totuşi un fapt sigur reese, că Cl_2 Ba este cu mult mai toxic ca restul clorurilor alcalino-teroase şi că Cl_2 Ca (Ca cu Pdat 40) este mai puţin toxică ca clorurul de magneziu (Mg cu pdat 24. 4).

§. III Efecte toxice speciale

Circulaţia artificială a soluţiilor alcaline izotonice în muşchiul gastrocnemian mi-a dat unele rezultate înadevăr mai exacte ca acele din primele serii.

Aci sările lucrează în întregime asupra unuia şi aceluiaş ţesut simplu şi efectul final nu este o rezultantă a mai multor efecte necunoscute.

Efectul toxic special se apropie mai mult de toxicitatea reală a sării. In experienţele cu întregul organizm, efectul general, moartea este în legătura cu mult îndepărtată de toxicitatea absolută a substanţii în cauză; acolo pot interveni efecte secundare, transitorii şi chiar capricioase [inhibiţiile], care să modifice efectul primitiv al toxicităţii.

Prin circulaţia artificială[1]), intimitatea între soluţiile noastre şi fibrile musculare se face uşor şi fără multe piedici[1]).

---

1) Vezi tabloul din pag.

1) Circulaţia art. e superioară „introducerii muschiilor în soluţii"; totuşi are desavantajul întreruperii.

Totuşi cifrele căpătate, nu cred să fie absolut exacte, căci afară de acţiunea toxică a substanţelor mai influenţează asupra fibrii musculară şi acţiuni accesori neuniforme [2]), cum ar fi de exemplu aceia a infiltraţiei Infiltraţia ţesutului cu soluţia circulantă ar putea să aibă resunet asupra staticii fibrii şi poate şi asupra funcţiei ei.

Experienţele cu soluţiile alcalino-teroase încă nu mi-a dat rezultate bine determinate, căci de multe ori circulaţia se întrerupe din cauze cunoscute (vezi pag.). Din totalul rezultatelor reese că clorurul de Bariu e mai toxic ca Cl_2 Ca şi Cl_2 Ca m. p. toxic ca Cl_2 Mg.

Rezultatele căpătate cu circulaţia artificială a soluţiilor sărurilor alcaline sînt rezumate în tabloul următor :

CIRCULAT ARTIFICIAL.

No.	Sarea	Conc. la %	Imbibiţia	Timpul	Excitabil	Observaţie
1	Cl Na	0.909	f. mică	153'	Curent 26°	
2	Cl Li	0.606	f. mare	143'	„ 9'	Slabe contr. fibrilare.
3	Cl NH_4	0.833	manifeste	102'	neexcit.	Uşoare contr. fibrilare.
4	Cl Rb	1.945	mare	65'	„	Puternice contr. fibrilare.
5	Cl K	1.155	mică	75'	„	Contracţii manifeste.

Din acest tablou reese, că soluţiile au toxicitatea în seria următoare :

Sol de Cl Rl cea mai toxică
» » Cl K foarte toxică

2) Infiltraţie diferă cu sarea ; Cl Li imbibă f. mt şi Cl K puţin etc.

Sol de Cl NH_4 toxică.
» » Cl Li f. p. toxică.
» » Cl Na indiferentă [1]).

Scoţînd afară din serie clorurul de sodiu [2]) ne rămâne:

Sol de Cl Rl
» » Cl K
» » Cl NH_4
» » Cl Li

Exceptând sodiul, ar reeşi că toxicitatea ascultă o creştere direct proporţională cu greutatea atomică a metalului [1]).

Două fapte trebue considerate.

a) Că clorurul de sodiu face excepţie.

Cl Na cu pd at Na=23 mai puţin toxică ca Cl NH_4 cu pd at NH_4=18,12 şi ca Cl Li cu pd at Li=7.

b) Că n'am lucrat şi cu clorurul de ceziu.

Având în vedere acestea de mai sus, *nu ştiu dacă relaţia toxico-atomică reprezintă o concluzie absolut exactă* [2]).

De altfel această îndoială mai este întărită şi de faptul că sol. de Cl_2 Mg cu pd at Mg=24.444 e mai toxică ca Cl_2 cu pdat a Ca=40.

---

1) Faţă de timpul circulaţiei.
2) După mulţi Cl Na nu contează, ca făcând parte integrantă din organism.
1) Rezultat asemănător cu acela al d-lui D. Buglia.

CONCLUZIUNI

1. *Din rezultatele experienţelor făcute cu soluţiile izotonice ale clorurilor alcaline, reese clar, că în acţiunile toxice ale Kationilor mono şi bivalenţi intră fenomene chimice.*

2. *Din totalul rezultatelor primii serii de experienţe făcute cu soluţiile de 10% ale clorurilor alcaline, injectate în sacul dorsal la broaşte, cred, că nu este o relaţie precisă de proporţionalitate între dozele mortale şi greutăţile moleculare ale sărurilor.*

3. *Din rezultatele seriei a doua de experienţi făcute cu soluţiile izotonice ale aceloraşi săruri, injectate intravenos la broaşte conchid, că nu este nici o relaţie de proporţionalitate între dozele mortale şi greutăţile atomice ale Kationilor din soluţii.*

4. *Din rezultatele seriei a treia de experienţi, relative la circulaţia artificială a soluţiilor izotonice ale clorurilor alcaline simple în muschii de broască, conchid. că nu există o relaţie precisă între efectul toxic al clorurilor şi greutatea atomică a Kationilor existenţi în cauză.*

Din aceasta rezultă:

La fiinţele pluricelulare nu se poate stabili o relaţie precisă între acţiunca fiziologică şi funcţia chimică ale Kationilor mono şi bivalenţi.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei	*Decanul Facultăţei*
Prof. dr. Babeş V.	**Prof. dr. Toma Ionescu**

In afară de subiectul tezei candidatul este obligat a răspunde la ori-ce chestiune medicală ce i se va pune de către juriul de promoţiune.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1033

CONTRIBUȚIUNI

LA STUDIUL

TUMORILOR SOLIDE ALE OVARULUI

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la 26. JUN. 1908

DE

Z. GOLDENBERG

BUCUREȘTI
TIPOGRAFIA „GUTENBERG“ JOSEPH GÖBL
20. — STRADA DOAMNEI. — 20
(Biserica Kalinderu)
1908

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

Decan: D-l Profesor Dr. TH. IONESCU

PROFESORI:

Clinica III-a chirurgicală	D-l	Dr.	Anghelescu C.
Chimia medicală	»	»	Athanasescu N.
Anatomia patologică / *Bacteriologia şi patologia experimentală*	»	»	Babeş V.
Clinica II medicală	»	»	Buicliu Chr.
Medicina experimentală	»	»	Cantacuzino I.
Medicina operatorie	»	»	Demosthene Ath.
Clinica şi teoria obstreticală	»	»	Drăghiescu D.
Anatomia topografică / *Clinica II chirurgicală*	»	»	Ionescu Th.
Farmacologia şi clinica terapeutică	»	»	Măldărescu N.
Oftalmologie şi clinica oftalmolgică	»	»	Manolescu N.
Clinica boalelor nervoase	»	»	Marinescu G.
Fizica medicală	»	»	Miculescu C.
Medicina legală	»	»	Minovici M.
Istologia normală şi embriologia	»	»	Obregia Al.
Fiziologia umană	»	»	Paulescu N.
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	»	»	Petrini-Galatz M.
Anatomia descriptivă	»	»	Petrini Paul
Patologia generală	»	»	Proca Gh.
Patol. chir., bandaje şi apar. de fracturi	»	»	Rômniceanu Gr.
Clinica I-a chirurgicală	»	»	Severeanu C.
Zoologia medicală	»	»	Sihleanu St.
Igiena şi poliţia sanitară.	»	»	Sion V.
Clinica I-a medicală	»	»	Stoicescu G.
Clinica mentală	»	»	Sutzu Al.
Terapeutica experimentală	»	»	Teohari I.
Clinica infantilă	»	»	Thomescu N. C.
Patologia medicală	»	»	Thomescu I. Th.
Botanica medicală	»	»	Vlădescu M.

AGREGAŢI:

Clinica boalelor oto-rino laringologice	D-l	Dr.	Felix Eug.
Farmacologia chimică şi galenică	»	»	Georgescu M.
Anatomia topografică	»	»	Gerota D.
Clinica III-a medicală	»	»	Nanu-Muscel I.
Patologie generală	»	»	Minovici Şt.

COMISIA EXAMINATOARE

Preşedinte: D-nul Profesor Dr. THOMA IONESCU

Membri:
- » » » SEVEREANU C.
- » » » DRĂGHIESCU D.
- » » » ANGELESCU C.
- » Agreg. def. » GEROTA D.

Suplinitor D-l Docent Dr. DANIEL C.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprimă nici aprobare, nici dezaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Un caz recent observat și operat în serviciul al II-lea chirurgical din spitalul Colței, mi-a permis după îndemnul d-lui profesor Th. Ionescu și dr. C. Daniel, să aduc o modestă contribuție la patologia tumorilor solide ale ovarului.

Studiate pentru prima dată în România de D-nul Profesor Th. Ionescu și dr. Bruckner; prin raritatea lor, prin dificultatea diagnosticului clinic, prin histologia lor variată, aceste tumori fac încă parte din neoplasmele cu istorie complexă, unde cercetări și observații noui, orcât de minime ar fi, nu pot decât să contribue a complectà și lămurì una din chestiunile obscure al chirurgiei ovarului.

Scanned with OKEN Scanner

ISTORIC

Chestiunea tumorilor solide ale ovarului a fost mult timp obscură, aceasta din cauza rarității lor prea mari, greutății diagnosticului lor și lipsei examenului istologic.

Tratatele clasice insistă relativ foarte puțin asupra studiului tumorilor ovarului studiu atât de important din toate punctele de vedere.

Primele observațiuni relative la aceasta chestiune sunt datorite lui Spencer Wells, Clemens, Lawson-Tait, Bucquoy Insă descrierea lor mai amănunțită începe cu Ziembicki, care a făcut o teză asupra acestei chestiuni în 1874. Grație progreselor antisepsiei și technicei histologice observațiunile detaliate au început să se înmulțească.

Lucrări ca ale lui Dubois, Ladouce, Bourgouin, Gascheau, Dartigues, care într'un articol publicat în revista de ginecologie din 1899 face un studiu complect al acestei chestiuni, Gascheau, Dreyfus în Franța; Böhm, Stander în Germania, au contribuit mult la clarificarea studiului lor. In România cei dintâi cari s'au ocupat cu această chestiune au fost d-nul profesor dr. Th. Ionescu și dr. I. Bruckner, apoi apărù o observație mai recentă a d-lui dr. Cealâc.

Scanned with OKEN Scanner

STRUCTURA ŞI HISTOGENESA OVARULUI

Inainte de a începe studiul diferitelor tumori solide ale ovarului, voiu face o considerație rapidă asupra structurei și histogenesei normale al acestui organ, așà încât grație acesteia să pot arătà în mod precis sediul originei acestor tumori.

Corpii lui Wolff formează la embrionul de două luni două mase prismatice, mase cari sunt de origină mesodermică și sunt situate de ambele părți ale coloanei vertebrale. Ele constituesc în cavitatea coelomică câte o proeminență numită *Eminența Uro-genitală.*

Sunt formați dintr'o stromă embrionară, în sânul căreia se găsesc o serie de canalicule numite *canaliculele Wolffiene.* Aceste se nasc printr'un proces de invaginație al epiteliului care căptușește cavitatea coelomică, și cari crescând din ce în ce mai mult ajunge până la canalulul lui Wolff în care se și deschid. Orificiile prin cari comunică cu cavitatea coelomică se închid în curând dând naștere de altă parte la diverticuli care se îndreaptă către linia mediană pentru ca împreună cu arteriole emanate din artera aortă să formeze glomerulii rinichiului primitiv.

Epiteliul care acoperă corpii lui Wolff suferă modificări și ià numele de epiteliul germinativ al lui Waldeyer. Acesta e format din celule cilindrice, cari constitue două benzi lungi: una externă constituind epiteliul germinativ extern, care este origina canalului Müllerian și alta internă, epiteliul germinativ intern care va dà naștere la elementele

principale ale ovarului. Acest epiteliu germinativ intern se îngroașă și se dispune în mai multe straturi. In grosimea sa apar niște elemente sferice voluminoase, aceste sunt ovulele primordiale. Sub acest epiteliu astfel modificat se găsește stroma mezodermică a corpului Wolff, care proliferează atât de activ încât dă naștere eminenței genitale.

In timp ce în partea inferioară a corpului Wolff, canaliculele Wolffiene iau o desvoltare importantă, în partea sa superioară rămân cu totul simple, perd glomerulii și intră în relațiune cu glanda genitală. Limita netă dintre epiteliul germinativ și stroma ovarului se șterge repede. Epiteliul germinativ care conține ovule primordiale, dă naștere la cunoscutele cordoane ale lui Valentin-Pflüger, cordoane cari pătrund în stroma mezodermică. Stroma strangulând cordoanele formează cuiburile ovulare ale lui Waldeyer. Stroma continuând a se desvoltă divide mai departe și aceste cuiburi constituind în ultimul stadiu *foliculii primordiali.*

Foliculii primordiali sunt alcătuiți dintr'un ovul înconjurat de o zonă de celule foliculare. Prin urmare, într'un ovar adult vom aveà de considerat:

1. Epiteliul ovarian care e compus dintr'un strat de celule cilindrice, acesta nu e altul decât epiteliul germinativ. El e separat de endoteliul peritoneului prin linia lui Farre Waldeyer.

2. Substanța medulară care e moale spongioasă, compusă din:

a) Numeroase vase și nervi.
b) Fibre conjunctive.
c) Fibre elastice.
d) Fibre musculare netede.
e) Cordoane medulare.

3. *Substanța corticală.* Aceasta a fost mult timp descrisă ca o tunică filroasă. E constituită dintr'o stromă și foliculi.

Stroma coprinde:

a) Fibre conjuctive.
b) Elemente celulare.

cari după Waldeyer nu sunt altceva decât celule conjunctive modificate.

Foliculii sunt compuși din:

a) Ovulul.

b) Inveliș celular periovular.

Invelișul celular din jurul ovulului e alcătuit din mai multe strate de celule. Aceste secretează un lichid: *Liquor Foliculi* care separă învelișul celulei în două strate:

1. Un strat celular parietal numît *Granuloasa parietală* și 2) un strat ovular numit *Granuloasa ovulară.*

c) Un înveliș conjunctiv.

Acesta la rândul său e constituit din două teci: una teacă externă și alta internă.

Origina acestor diverse elemente e interesantă din punctul de vedere al histogenesei tumorelor solide ale ovarului.

1. Substanța medulară își are origina în stroma corpului Wolffian.

2. Ovulele provin din transformarea celulelor epitelului germinativ superficial. Relativ la ovule Kölliker, Van-Beneden, Balfour cred că se reproduc; Waldeyer, Nagel neagă acest fapt.

3. Chestiunea originei celulelor granuloasei parietale și ovulare e încă controversată astfel:

a) Waldeyer, Hertwig cred că au aceiaș origină ca și ovulul adică epiteliul germinativ.

b) Kölliker constată existența unor cordoane medulare cari ar formà granuloasa. Aceste cordoane medulare își au origina după Braun, Hoffmann din corpusculii malpighieni ai corpului lui Wolff.

c) Cea mai recentă părere este a lui Walthard. După dânsul celulele granuloase își iau naștere tot din elemente Wolffiene rătăcite în glanda genitală. El însă mai descrie în epiteliul ovarului niște elemente celulare cu totul diferite a căror origină nu o explică, dar cari după părerea celor mai mulți autori moderni au aceiaș origină ca și cordoanele medulare.

Scanned with OKEN Scanner

DEFINIȚIUNEA ȘI CLASIFICAREA TUMORILOR SOLIDE ALE OVARULUI

Consultând diferitele tratate și monografii vom vedeà că autorii sunt departe de a fi înțeleși asupra definiție, tumorilor solide, unii acceptând ca atari, cazuri negate de alții. Trebue să fim convinși că definițiunea și clarificarea acestor tumori nu va fi bine stabilită în mod permanent de cât pe baze anatomo-histologice sigure. Din punct de vedere clinic și al tratamentului operator care decurge dela sine, vom înțelege prin *tumori solide ale ovarului toate acelea cari sunt formate aproape în totalitate dintr'o masă plină*, mai mult sau mai puțin boselată fără aderențe cu organele vecine. Prin urmare noi ne bazăm pentru definirea acestor neoplasme pe aspectul exterior și macroscopic pe care le prezintă, ținând foarte puțin seamă de natura lor histologică rămânând ca aceasta să fie constatată în urma intervenției făcute.

Bouilly în tratatul său de patologie externă tomul IV, nu consideră ca tumori solide ale ovarului decât tumorile benigne eliminând cancerul pe care îl descrie a parte deși cancerul ovarului trebue să fie considerat ca o tumoră solidă tot așà după cum cancerul testicululuí constitue o tumoră solidă a glandei sexuale masculine.

Alți autori pun în grupul tumorilor solide papilomele enchondromul și tuberculoza. S. Pozzi în tratatul său de

ginecologie elimină aceste pentru următoarele motive: 1) Enchondromul din cauză că constitue o leziune anatomică foarte rară, fără istorie clinică proprie. Kivisch citează două cazuri ; 2) Papilomul pentrucă intră în grupul chistelor papilare ale ovarului, în fine tuberculii de oarece sunt foarte excepțional limitați la ovar și localizarea primitivă la acest organ n'a fost nici odată semnalată într'un mod sigur, apoi după spusele lui Gallard nu constitue nici odată o masă destul de voluminoasă pentru a dà loc la esitări sau erori în diagnostic. Tuberculii când dau loc la simptome provoacă o peritonită tuberculoasă sau o pyosalpingită tuberculoasă a cărei evoluție simptomatică se confundă cu a celorlalte supurațiuni anexiale. Segond spune cu multă rațiune că : ovarita tuberculoasă diferă tot atât de mult de neoplasia ovariană ca și orchita sau tuberculoza osoasă de un cancer al testiculului sau de un osteosarcom. Eu în descrierea ce voiu face voiu atinge și tumorile papilomatoase ca unele ce prin proliferarea vegetațiilor în interiorul micilor chiste, iau aspectul unui neoplasm solid și voiu elimină ca și Pozzi enchondromul și tuberculii pentru motivele mai sus arătate.

Scanned with OKEN Scanner

ETIOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICĂ ŞI HISTOGENESA
TUMORILOR SOLIDE ALE OVARULUI

Pentru a înlesni studiul etiologic, anatomo-patologic și histogenetic al tumorilor solide ale ovarului le voiu clasà în 3 grupe:

1. *Tumori benigne* { *a*) Fibroame pure; *b*) Mioame.
2. *Tumori maligne* { *a*) Epitelioame; *b*) Sarcoame; *c*) Endotelioame.
3. *Tumori papilare.*

I. Tumori benigne.

1. **Fibromul.** *Etiologie*: Fibroamele se întâlnesc mai cu seamă la femeile tinere, totuși sunt cazuri rare la bătrâne și copile. In observațiunea noastră: Fibrom al ovarului drept femeia e relativ tânără. Nu există antecedente neoplasice. Sarcinele anterioare desvoltării fibromului sunt rare totuși sunt cazuri citate ex. Duber face aluzie la o femee cu un fibrom ovarian și care a avut 13 sarcini anterioare.

După Pozzi fibroamele pure sunt rare, cu toate acestea Gascheau în 25 cazuri a găsit de 7 ori fibroame pure.

Anatomia patologică macroscopică. În general fibroamele nu ating dimensiuni prea mari, volumul lor poate să se apropie de acel al unei portocale, unui pumn de adult sau

Scanned with OKEN Scanner

unui cap de făt ca în fibromul nostru și chiar ca un cap de adult. Greutatea este variabilă. Picqué a extirpat un fibrom de 1 kgr. 800. Spiegelberg a văzut unul de 30 kgr. Se localizează de cele mai multe ori asupra unui singur ovar care conservă în general configurațiunea sa normală limitându-se la o hipertrofie în masă fără a-și schimbà aspectul exterior. Totuș sunt cazuri când suprafața sa devine boselată și alteori ia chiar un aspect lobat.

Ocupă în general în abdomen o situație transversală, fiind cu atât mai mobil ca cât este situat mai sus, pot aveà și o desvoltare pelvienă și atunci suut inclavate în fundul de sac al lui Douglas. Exercită puține influențe asupra uterului, modifică poziția sa, imprimându-i deviațiuni înainte și lateral. El e totdeauna independent de tumora ovariană, însă s'au semnalat dese ori concomitența fibroamelor uterine cu ale ovarului. Rar se văd aceste tumori aderând la începutul lor. Aderențele se arată de preferință când au ajuns la o complectă desvoltare și atunci ele se stabilesc excepțional cu intestinele cari alunecă înaintea lor cele mai dese ori cu epiploonul în care caz sunt uneori groase și foarte vasculare.

Iată părerea lui Waldeyer relativ la acest subiect. Ovarul prezintă această imunitate de a contractà aderențe dela început cu organele vecine, contrar chistelor epiploonului, ficatului, splinei și fibroamelor pediculate ale uterului cari contractă așà de ușor aderențe din cauza naturei speciale a epiteliului său. Epiteliul ovarului este cilindric și prezintă cili vibratili, și dă învelișului extern al glandei caracterul unei mucoase, care fapt impedică de a face aderențe cu seroasa peritoneală căci o seroasă contractează ușor aderențe cu altă seroasă, dară nu cu o mucoasă, de oarece epiteliile diferă. Deci atât timp cât învelișul epitelial al ovarului rămâne intact, nu sunt posibile aderentele și atât timp cât neoplasmul n'a luat o desvoltare mare epiteliul rămâne fără alterațiuni, prin urmare când cresc în volume grație alterațiunilor epiteliului aderențele se pot stabilì.

Scanned with OKEN Scanner

Leopold explică aderențele prin acea că epiteliul cilindric dispare la femeile în vârstă, prin urmare aderențele se vor arătà la aceste din urmă mai frequent ca la cele tinere.

Au un pedicul lung, subțire, puțin resistent, uneori e mai scurt și cărnos. Sunt cazuri când e inclus în ligamentul larg dar e independent de trompă contrar cu ceeace se petrece în chistele ovarului.

Consistența e variabilă, ceeace a dat naștere la falșe interpretări așà că o tumoră considerată, ca dură în timpul vieței erà din contră plină cu chiste, sau alteori punându-se diagnosticul de producțiune lichidă, operațiunea a demonstrat existența unei producțiuni solide. Aceasta s'a întâmplat lui Koeberlé care a extras o tumoră fibroasă de 64 livre, și care a fost diagnosticată tumoră lichidă înainte de intervenție. Numeroase tumori fibroase au fost punctionate producându-se emoragii mortale. Verneuil a perdut o bolnavă a sa în aceste condițiuni. Aceste anomalii aparente pot fi întâlnite, zice Guyon, la tumorile ovarice moi, vasculare sau oedematiate, dară în general consistența dură și elastică se întâlnește în majoritatea cazurilor.

La secțiune se prezintă pline, în unele cazuri se observă și cavități chistice. Totdeauna predomină partea solidă și chistele existente sunt mici ca dimensiuni.

Cornil spune că nu trebue să ne mirăm de prezența acestor chiste. Intr'adevăr în tot timpul vieței ovarul conține chiste fie microscopice, fie visibile cu ochiul liber ca vesiculele lui Graaf complect desvoltate și ajunse la maturitate, corpusculi galbeni, etc. Este deci natural ca tumorile solide ale acestui organ să conțină chiste și am aveà dreptul să ne mirăm dacà nu ar prezenta nici o urmă. Mai mult ele pot aveà și alte origini astfel pot proveni din ramolirea părților centrale în urma unei nutriții insuficiente, sau din dilatarea spațiilor limfatice.

Anatomia patologică microscopică. Examenul microscopic arată că nu au o capsulă conjunctivă ca fibroamele uterului din care să se poată enuclea și că fibrele conjunc-

Scanned with OKEN Scanner

tive din cari sunt alcătuite afectează rar o dispoziție concentrică, dispoziție obicinuită în fibroamele uterine. In fibromul publicat în această lucrare, fibrele conjunctive sunt dispuse în fascicule foarte largi, în unele locuri se văd celule stelate cari iau aspectul acelora din perioada mixoformativă.

Histogenesă. Nu vom insistà asupra histogenesei fibromului ovarian, căci e sigur că naște din țesutul conjunctiv fibros al stromei ovarului.

2. **Mioamele ovarului.** In majoritatea cazurilor nu avem a face cu mioame pure, ci cu fibromioame ca în observația No. 2. Din punctul de vedere *etiologic* vom observà că și acì ca și la fibroame pure nu putem incrimină sarcini numeroase anterioare sau accidente neoplasice. Ele se observă la femeile tinere, în cazul nostru femeia a atins vârsta de 45 ani, însă aveà o tumoră complect desvoltată și care a debutat la etatea de 37 ani.

Anatomia patologică. Macroscopicește nu prezintă nimic deosebit ca fibromul pur. In observația noastră atinge mărimea unui cap de adult. Microscopicește se caracterizează prin fibre musculare netede cari în caz de fibromiom sunt circumscrise de bande de țesut conjunctiv ca în fibromiomul publicat în această lucrare.

Histogenesă. Se desvoltă prin hiperplazia fibrelor musculare netede însoțită și de aceea a fibrelor conjunctive când e vorba de fibromiom.

II. **Tumorile maligne**

Se impart în Epitelioame, Sarcoame și Eudotelioame pe cari le voiu studià în mod separat.

1. **Tumorile epiteliale.**

Etiologia. Cauzele adevărate ale Epiteliomului nu sunt mai bine cunoscute ca al celorlalte tumori în general.

Nu vom încercà să căutăm hereditatea canceroasă nici să demonstrăm epidemicitatea, după cum a procedat Zangemeister, din contră vom ține foarte mult seama de vârstă.

Scanned with OKEN Scanner

După autori frequența după vârstă e variabilă. Cordier fixează maximul la 15 ani, Zangemeister la 20 ani, Olshausen între 30 și 40 ani, etc.

Dreyfus în 120 cazuri pe cari le-a urmărit ajunge la concluzia că frequența lor e maximă în două perioade ale vieței una între 15 și 25 ani, alta între 40 și 50 ani. Aceste perioade corespund la cele două extremități ale vieței genitale: pubertate și menopausă. Această concluzie îl face să pună în evidență una din cauzele principale ale tumorilor epiteliale și aceasta este: iritațiunea fisiologică produsă și ea de cele două fenomene fisiologice cari se petrec la pubertate și menopausă. Ori pubertatea și menopausa corespund una la intrare în funcție a ovarului și cealaltă la încetarea funcțiunei; în aceste momente, presupune autorul de mai sus, ar aveà loc o perturbațiune în structura organului și de acì desvoltarea neoplasiei.

La copii cazurile sunt relativ rare. Unele anomalii ale aparatului genital predispun ovarele la desvoltarea tumorilor maligne epiteliale. Astfel s'au relevat cazuri de pseudohermafroditism cari coexistau cu cancere ovariene, bolnava lui Danel prezentà o atrofie complectă a organelor genitale interne precum și un cancer ovarian.

Alterațiunile patologice ale ovarului au de asemenea o influență capitală asupra desvoltărei neoplasmului, așà existența unor salpingite, ovarite, aderențe vechi, predispune la producerea neoplasiei.

Puerperalitatea nu pare să aibă nici o influență. In majoritatea cazurilor e atins un singur ovar, proba ne o dau: 1) statistiça lui West, care în 80 cazuri de tumori solide ale ovarului, examinate de dânsul, a găsit numai de douăzeci și șase ori lesiunea bilaterală; 2) a lui Leopold asupra 56 de cazuri, în cari de 20 ori afecțiunea erà dublă și în fine Ziembicki în 38 tumori a găsit de 37 ori un singur ovar prins. Din aceste statistici se poate vedeà însă că și numărul cazurilor cu lesiuni bilaterale nu e mai puțin considerabil.

Scanned with OKEN Scanner

Cum se explică această bilateralitate? Două sunt ipotezele cari tind a o explică: *a*) Prin faptul existenței în ambele ovare a unor celule aberante cari la un moment dat ar devenì origina unui neoplasm; *b*) *Contagiunea.* Care e însă mecanismul? In momentul ovulației ovarele sunt congestionate, un ovul poate să cadă în cavitatea peritoneală, de unde e cărat spre celalt ovar. Cum acest ovul ar puteà să conțină într'însul germeni rătăciți, e ușor de înțeles că și celalt ovar ar puteà devenì sediul unei tumori identice cu a primului.

Aceste sunt ipoteze cari au trebuință de a fi controlate. Neoplasmele ovarului pot fi în multe cazuri secundare unor neoplasme desvoltate în celelalte organe.

Anatomia patologică. Tumorile epiteliale prezintă în general o capsulă fibroasă, lucie, albăstrie sau brună roșietică. Sunt cazuri în cari forma organului e păstrată, alte ori tumora prezintă boseluri, cari nu sunt decât lobi solizi ai tumorei. Neoplasmele maligne epiteliale ca și cele benigne au puține tendințe de a contracta aderențe cu organele vecine, totuși sunt cazuri în cari chirurgii s'au găsit în fața unor aderențe cari uniau tumora de peretele peritoneal. Acì se aplică ca și la tumorile benigne explicarea lui Waldeyer prin diferența histologică a epiteliului ovarian și peritoneal.

Sunt cazuri destul de numeroase în cari tumora rupe capsula, herniază în afară și invadează organele vecine.

Volumul atins de tumorile epiteliale ale ovarului poate fi considerabil. Sunt numeroase cazurile în cari au atins dimensiunile unui ou de găină, a unui făt. Unii chirurgi au extirpat tumori mult mai mari. Clemens una de 88 livre, Viguier de 20 kgr., etc.

Situația acestor tumori depinde de volumul lor, când sunt foarte mici se dispun înapoi de uter, apoi pe măsură ce cresc se ridică și ocupă micul basin, ese din pelvis și devin abdominale. In general rămân laterale unele însă par mediane. Organele vecine sunt mai mult sau mai puțin comprimate.

Scanned with OKEN Scanner

Un fapt caracteristic e integritatea trompei care e în general aplicat contra tumorei, fără a participà la formarea ei, rămânând totdeauna permeabilă.

Prezintă o mobilitate mai mult sau mai puțin mare, de acì și torsiunile pe care le poate suferì uneori pediculul. Aceste torsiuni sunt cu atât mai ușoare de realizat cu cât în majoritatea cazurilor există și ascită.

In ceeace privește *ascita* vom destinge două varietăți: *a*) In varietatea întâi se scoate prin puncție un lichid citrin, nefilant, transparent care prin examenul citologic conține: limfocite

mononucleare aa 45%

polinucleare 10%.

Deci au caracterul unui exudat iritativ probabil peritoneal căci examenul microscopic după centrifugare permite de a constatà prezența de celule endoteliale izolate sau în placarde; *b*) In varietatea a doua lichidul e gelatinos mucoid, nu imbibă compresele. Acesta nu e un exudat peritoneal ci mai mult o secreție a tumorei.

Ascita emoragică pare rară, totuși e frequentă la epiteliom; uneori ascita poate lipsì.

Generalizarea se observă destul de des dar e tardivă așà că mult timp tumora e unică, incapsulată, mobilă și operabilă.

Dacă secționăm aceste tumori ne aflăm în prezența unor aspecte variate: adeseori tumora e plină, albicioasă, înconjurată de o capsulă roșie; uneori e imbibată de lichid. Prin răzuire ese un suc albicios. Unele tumori par ca niște bureți plini, constituite dintr'un țesut foarte fin, uneori prezintă focare de necroză și de emoragie, alteori conțin chiste cu un conținut vâscos-coloid și emoragic, în fine sunt tumori ale ovarului cari prezintă în centru un aspect cavernos pseudo-chistic ca în cazul cancerului din observația III, unde credem că avem a face cu un adevărat chist ovarian. Starea ovarului opus e variabilă, uneori pre-

zintă dacă nu e invadat și el de tumoră, chiste, urme de supurații vechi.

Histologia. Din punctul de vedere histologic se pot distinge în epitelioma ovarului, două forme: o formă alveolară și o formă difuză.

In epitelioma alveolară se găsește în mijlocul unui țesut conjunctiv abundent și dens grămezi lobulate sau din contra cordoane anastomozate formate din celule epiteliale, cubice sau poliedrice, cu protoplasma bine limitată și nucleul foarte colorat. Aceste formațiuni epiteliale afectează uneori dispoziția de cavități tapetate de un epiteliu polimorf compus în general din mai multe straturi de celule.

Se găsește uneori, fie în mijlocul grămezilor celulare, fie proeminând în lumina unei cavități pseudo-glandulare, celule epiteliale mult mai voluminoase ca celulele vecine de cari se disting ușor prin corpul lor protoplasmatic transparent. Unii autori au considerat aceste elemente ca ovule, crezând că în cancerul ovarului ar fi o neoformațiune patologică de ovule primordiale, alții au admis existența unei varietăți speciale de cancer care ar naște din epiteliul folicular și căruia 'i-a dat numirea de foliculom malign. Aceste sunt simple ipoteze, formațiunile considerate ca ovule nu sunt decât metamorfoze regresive celulare.

Epiteliomul difus se caracterizează printr'o infiltrațiune epitelială foarte abundentă și desordonată în mijlocul unei strome conjunctive laxe și sărace în elemente celulare. Celulele epiteliale sunt foarte adeseori sediul unei transformațiuni mucoase; corpurile protoplasmice se umflă și devin transparente, nucleul turtit e împins către unul din polurile celulei. Unele forme de epiteliome conțin și celule gigante, celule dispuse fie la periferia alveolelor, fie în centrul lor. Ele ar rezultă din kariokineze anormale după părerea lui Glockner.

Stroma care înconjoară alveolele carcinomului e variabilă ca abundență și aspect. După abundență vom distinge două forme una în care stroma e foarte redusă, aceasta e

forma encefaloidă și alta în care din contra ea e foarte mult desvoltată constituind forma squiroasă. După aspect, sunt cancere în cari stroma suferă diverse degenerescențe, așà există forme cari au asemănarea cu un țesut mucos în urma transformărei țesutului stromei într'un țesut mucoid.

Histogenesa. Autorii au căutat origina cancerului în toate elementele epiteliale cari se găsesc în organul normal sau alterat.

După Mac Ilroy, Massabuau, carcinomul ar fi totdeauna precedat de adenomul ovarului, adenom care poate secretà producând chiste. Peretele chistului proliferând, dă naștere la o tumoră epitelială papilară.

Adenomul nu pare a fi decât o formă trecătoare, căci prin proliferare produce epiteliomul, și această proliferare succede repede stadiului de adenom. Proba avem că foarte rar se întâlnește acest stadiu inițial al tumorei epiteliale. Dar debutul tumorei poate fi și altul. Orthmann a putut surprinde faza incipientă a tumorei, când se făceau invaginațiuni ale epiteliului superficial sub formă de cuiburi pline de celule fără nici o lumină în interiorul lor.

Orcare ar fi modul de debut, diferitele epitelii ale ovarului pot fi origina acestei varietăți de neoplasm.

a) *Epiteliul germinativ.* Observațiunile publicate de Orthmann, Forgues, permit de a afirmà această origină. Ea este singura care pare indiscutabilă. Nagel și Gusserow susțin, că cauza proliferării epiteliului superficial e datorită iritațiunei și în special aderențelor ce se stabilesc cu organele vecine. Dat fiind însă, că aceste aderențe nu sunt posibile din cauza diferenței de epiteliu ovarian și peritoneal, afirmarea lui Gusserow pare puțin verosimilă. Ceeace rămâne sigur este că multe epitelioame își au origina în epiteliul superficial.

b) *Epiteliul folicular.* Chestiunea acestei origini e mai complexă. Mulți autori germani în special o neagă dar autoritatea lui Waldeyer și Popoff se impune și acì. Ei afirmă cu multă tărie posibilitatea acestei origini.

Scanned with OKEN Scanner

c) *Epiteliul Müllerian.* Marchand și în urmă Williams admit, că epiteliul tubar de origină Müllerianâ ar puteà să acopere și o porțiune din ovar. Din acesta ar naște tumori cu celule cilindrice ciliate. Dar în cazul lui Williams e vorba probabil de o franjă tubară aderentă de ovar, care a dat naștere tumorei. Această teorie e lăsată uitărei.

d) *Epiteliul Walthard.* După acest autor știm, că celulele granuloasei își au origina primitivă în epiteliul tubilor Wolffieni atrofiați. Pare admisibil că unele tumori maligne s'ar desvoltà din acest epiteliu.

e) *Epiteliul Wolffien.* Am văzut la structura ovarului, că la nivelul hilului există niște tuburi cu epiteliul cilindric cari sunt urmele tubilor wolffieni. Aceste constituesc : *rete ovari* sau *markstraenge* a lui Kölliker. Incă la 1877, Olshausen atribuì unor tumori origina wolffianâ. Popoff a mers până acolo, încât a urmărit evoluția histologică a tumorilor cari se desvoltă din acești tubi. Massabuau, Lockyer și Dreyfus afirmă posibilitatea originei wolffiene.

2. **Sarcomele.** Sarcoamele ovarului sunt destul de rare ; Cohn bazându-se pe statistica ovariotomiilor lui Schröder afirmă că frecuența ar fi 1 la 100 relativ la chiste ; Pfannenstiel pe 400 ovariotomii a găsit 5% sarcoame.

Anatomie patologică. Sarcoamele sunt tumori neregulate, de o formă variabilă, de o coloare galbenă sau grisă. Consistența lor e dură, lemnoasă dară ea este adesea modificată prin existența unor focare de ramoliție mai mult sau mai puțin întinse cari pot în unele cazuri să ajungă la o adevărată transformare chistică. Volumul în general mijlociu, poate atinge proporții considerabile. Lesiunea este uneori bilaterală.

Din punctul de vedere histologic trebue să distingem printre sarcoamele ovarului diferite varietăți. Forma cea mai comună este sarcomul fuso-celular, numit încă fibrosarcom. Tumora este constituită în acest caz din celule fusiforme, alungite, îngrămădite, formând insule mai mult sau

mai puțin întinse, separate prin traveuri fibroase. Aspectul general al lesiunilor nu diferă mult de acel al fibromului. Cu toate acestea sarcomul prezintă caractere particulare cari vor permite totdeauna de a-l recunoaște. Celulele au dimensiuni foarte inegale și apar regulat dispuse în jurul vaselor. Aceste din urmă au pereții foarte subțiri, reduși în unele puncte la o simplă bordură epitelială și neasemănându-se întru nimica cu marele vase voluminoase cu pereții groși cari se întâlnesc în fibroame.

Sarcoamele cu celule rotunde sau globo-celulare sunt mai rare decât cele fuso-celulare. Sunt formate din elemente rotunde de dimensiuni variabile dispuse sub formă de straturi mai mult sau mai puțin întinse, în cari se recunoaște o orientare destul de netă în jurul axelor vasculare.

S'au semnalat, însă excepțional de rar, sarcoame cu celule gigante și sarcoame melanice.

Tot în grupul sarcomului ar puteà intra și ooforomul lui Sutton, care se caracterizează prin următoarele : tumora e bilaterală, recidivează după extirpare. Histologicește reproduce caracterele țesutului conjunctiv al ovarului.

Histogeneza sarcomului. Sarcoamele ovarului rezultă din proliferarea celulelor fixe ale stromei ovariene. Ele reprezintă uneori o degenerescență secundară a unui fibromiom. Câtevà observațiuni ca ale lui Russet, Schenk și Voigt tind să probeze că uneori sarcoamele se pot desvoltà pe socoteala elementelor corpusculilor galbeni.

3. **Endotelioamele.** Aceste tumori sunt aproape vecine cu sarcoamele. Ele merită însă de a fi diferențiate de acestea prin structura lor anatomică particulară și histogeneza lor cu totul specială.

Prima indicațiune al acestor tumori ovariene aparține lui Leopold, apoi veniră observațiunile lui Ackerman, Marchand și Pomorski. De câțivà ani endotelioamele au fost obiectul unor serii de lucrări, între aceste putem cità aceea a d-lui Dr. I. Bruckner. Caracterele anatomice și clinice sunt actualmente bine definite. *Macroscopiceşte* Endotelioa-

Scanned with OKEN Scanner

mele se aseamănă mult cu fibroamele ovarului. Sunt tumori de o consistență dură. Forma reamintește mai mult sau mai puțin pe aceea a ovarului normal; suprafața e netedă și de un aspect seros; volumul variază dela acel al unui ou de găină până la acel a 2 capete de adulți; suprafața de secțiune e albă sau grisă, ea este cele mai dese ori semănată cu mici cavități pline cu lichid. Aceste mici cavități se fusionează adesea pentru a constitui o cavitate mare, voluminoasă, cu pereți neregulați și anfructuoși.

Aceste tumori sunt cele mai frequente ori unilaterale.

La microscop, se constată când studiem lesiunile la începutul lor, o multiplicare activă a celulelor endoteliale, cari cresc în volum, iau o formă cubică sau poliedrică și obstruează mai mult sau mai puțin complect lumina vasului. Când aceste vase au un calibru foarte redus, ele nu întârzie de a fi umplute în toată întinderea lor de elementele neoformate; lesiunile se prezintă atunci sub aspectul unor lobuli rotunzi sau al unor cordoane alungite, după cum vasele sunt interesate prin secțiuni paralele sau perpendiculare direcțiunei lor. In această stare nu e totdeauna ușor de a distinge un endoteliom de un epiteliom; topografia lesiunilor e aceeași, cu toate acestea celulele endoteliale chiar foarte hiperplaziate nu ating aproape nici odată dimensiunile elementelor epiteliale și corpurile lor protoplasmatice nu sunt bine diferențiate. Cu toate acestea confuzia e posibilă, și existența unui endoteliom nu va puteà fi sigur afirmată decât când în jurul elementelor neoformate se vor găsì urme de pereți vasculari. Și alte circumstanțe tind uneori de a amenințà dificultatea diagnosticului; astfel nu e rar de a vedeà celulele endoteliale activ multiplicate întrecând limitele vasului sanguin și limfatic și invadând într'un mod neregulat stroma ovarului. Tumora prezintă atunci aspectul sarcomului difus și natura sa exactă va fi în majoritatea cazurilor necunoscută.

Endoteliomul e foarte malign după Leopold Echardt, e din contra benign după Pick, Herz și Kolaksek.

Scanned with OKEN Scanner

Din punctul de vedere histogenetic endoteliomul recunoaște o dublă origină. El derivă fie din endoteliul vaselor sanguine, fie din acel al fantelor limfatice. D-l dr. Bruckner a studiat amănunțit endoteliomul limfatic, în observația pe care o anexez la această lucrare se poate vedeà origina limfatică a tumorei.

III. **Tumorile papilare.**

Tratez aceste tumori în mod separat de oarece au o evoluție care, după cum vom vedeà în descrierea ce urmează nu e bine precizată.

Tumorile papilare au fost studiate încă de Lawson-Tait, în urmă de Pozzi, Cazenave și Estor. Pot fi chistice și complect solide. Constitue tumori cari de multeori sunt bine izolate de celelalte organe, pot de multeori însă să contracte și aderențe. Au aspectul de conopidă.

Prochaska a descris o varietate în care ovarul e puțin mărit de volum, nediformat și prezintă o suprafață verucoasă. Acesta e papilomul superficial. Vegetațiile papilare sunt uneori moi și friabile, alteori dure aproape cartilaginoase sângerând ușor și foarte mult. Se pot generalizà dând adevărate metastaze.

Multă vreme s'a crezut că tumorile papilare sunt toate maligne. Autori ca Lawson-Tait și alții au demonstrat că aceasta nu poate fi o părere unanimă căci multe au o evoluție benignă. Ascita acompaniază și aceste tumori fie că au un mers benign sau malign.

Secțiunea lor variază după numărul și volumul chistelor pe cari le conține. Când chistele sunt mici și puține și pe de altă parte pline de vegetațiuni, atunci iau aspectul unor adevărate tumori solide. Chistele rupându-se vegetațiile apar la suprafață.

După Prochaska origina papilomului superficial ar fi învelișul ovarului.

Structura lor a fost descrisă de către Pfannenstil. Ele

Scanned with OKEN Scanner

derivă din stroma conjunctivă și învelișul epitelial al ovarului. După predominența unuia sau celuilalt țesut vom aveà varietăți diferite, dar în general primează proliferarea epitelială. Dacă vom examinà vegetațiile papilare tinere vom constatà că epiteliul proliferează din cauza unei afluențe considerabile de sânge și de limfă. Celulele cresc așà de repede în cât dau prelungiri în suprafață atrăgând după ele un strat subțire de țesut conjunctiv, apoi se produce o înmugurire vasculară, care oferă din nou un element de proliferare epitelială. In jurul vaselor se dispune teaca celulară peri-vasculară și papila e astfel formată. Procesul e identic pentru formarea vegetațiilor secundare. In observația III e vorba de un cancer cu punctul de plecare dintr'un papilom proliferant exogen. Diferențiarea acestei tumori făcută de d-nul dr. Bruckner e datorită studiului micilor fire (vilosități) dela suprafața tumorei, fire cari au o structură caracteristică.

Fiecare firicel se arată compus dintr'un perete endotelial căptușit cu un manșon conjunctiv, iar la suprafața acestuia se găsește un singur strat de celule epiteliale turtite. Detaliile mai amănunțite le vom vedeà la studiul tumorei din observațiunea respectivă.

SIMPTOMELE TUMORILOR OVARULUI

Simptomele tumorilor ovarului sunt de o importanță capitală căci grație lor vom ajunge a pune un diagnostic în primele stadii de desvoltare. Aceste diagnostic precoce e cu atât mai util cu cât nu cunoaștem evoluția ulterioară a tumorei de oarece sunt multe tumori cari par la început benigne și cari suferă transformațiuni maligne devenind astfel foarte funeste pentru viața bolnavei.

In tratatele de ginecologie se insistă foarte puțin asupra studiului simptomelor. Am căutat să dau în această lucrare o extensiune mai mare acestui capitol, care paremi-se va fi suficientă de a puteà descoperi aceste tumori în fasele lor incipiente, când sunt încă foarte mici și când extirpate fiind aduc un serviciu real bolnavei. Pentru studiarea lor voiu urmà aceiași cale ca și pentru descrierea anatomo-patologică, deci acest capitol va coprinde două subdiviziuni tratând în una simptomele tumorilor benigne și în celalt simptomele tumorilor maligne.

A. Tumorile benigne (fibroame)

I. **Simptome**

Simptomele se pot grupà în 3 perioade:

1. **Perioada inițială.**

Semne funcționale. Fibroamele ovarului trec printr'o perioadă latentă mai mult sau mai puțin lungă și sunt revelate cu ocazia unei intervenții, unui examen ginecologic

sau prin prezența ascitei sau încă printr'un ansamblu de simptome dureroase.

Latența fibromelor ovariene. Aceste tumori fibroase ale ovarului au fost foarte rar observate la începutul lor, și când fură, aceasta se întâmplă sau în cursul unei laparatomii sau când se intervenià pentru un fibrom al ovarului și se descoperià o degenerescență fibroasă a ovarului opus, reprezentând un stadiu inițial. Se poate înțelege, după aceste fapte, că fiind mic la început, fibromul ovarian nu se însoțește multă vreme de nici o tulburare.

Mult timp și în imensa majoritate a cazurilor, fibroamele ovarului trec neobservate la început, fie că ne scapă din cauza unui examen superficial, fie că nu se manifestă decât prin simptome a căror cauză nu putem precizà, sau fiindcă semnele fizice observate pot fi puse pe socoteala unor tumori banale ale ovarului sau a leziunilor anexiale, fibromul ovarului fiind de o raritate extremă.

Deci, una din caracteristicele fibromului ovarului este lunga sa perioadă de latență. Aceste tumori sunt adesea descoperite din întâmplare.

Descoperirea prin prezența ascitei. In unele cazuri se descoperă tumora numai grație ascitei.

Pozzi în tratatul său spune, că adeseori ascita ne atrage intâi atențiunea, când acest simptom lipsește, tumora poate rămâne necunoscută.

Dar sunt observațiuni cari dovedesc că nu e tocmai așà cum crede Pozzi. In multe cazuri s'a găsit ascită dar nu ca simptom inițial, această ascită rămâne dese ori nedescoperită până la intervențiune.

Uneori sunt dureri mai mult sau mai puțin vagi cari ne atrag atenția din partea anexelor, în acelaș timp însă și bolnava observă o mărire de volum al abdomenului, alteori sindromul dureros ocupă primul plan și se manifestă prin dureri laterale în regiunile anexiale sau hipogastrice. Durerile pot luà caracterul colicilor foarte vii și să fie însoțite de metroragii, sau iradiază în regiunea lom-

Scanned with OKEN Scanner

bară și nu-s însoțite de menstruație. In fine fenomenele dureroase pot apare brusc ca într'o torsionare de pedicul. Tulburările de micțiune pot caracterizà excepțional debutul tumorilor fibroide.

Semne fizice. E vorba de tumori puțin voluminoase, reproducând ovarul ipertrofiat în totalitatea sa, având o formă ovalară sau rotunjită, un volum care variază dela acel al unei nuci până la acel al unei mandarine, regulate la suprafață, dar putând fi și boselate, dotate de o mare mobilitate. Sunt situate pe părțile laterale ale uterului uneori prolabate în fundul de sac a lui Douglas. Cele mai deseori nedureroase la tactul vaginal și de consistență uniform dură. Nici unul din aceste semne nu este patognomonic și majoritatea sunt comune și celorlalte afecțiuni ale ovarului. După Dartigues, cel mai sigur și mai decisiv semn fizic este consistența fermă cu absența de durere la presiune.

2. Perioada staţionară şi terminală

Semne funcționale. In această perioadă vin de obiceiu să consulte bolnavele pe medic. Uneori din întâmplare observă în regiunea ipogastrică o tumoră a căreia consistență și volum le pune pe gânduri, sau talia se lărgește ori primind o lovitură în această regiune simt o durere neobicinuită. Cele mai deseori tulburările catameniale frapează bolnavele și le determină să se prezinte la un examen ginecologic.

Simptomele funcționale, se pot grupà în două categorii: tulburări de menstruațiune cari sunt cele mai frequente și tulburări de compresiune, printre cari fenomenele dureroase țin un loc de frunte.

a) *Tulburările de menstruaţiune.* In timpul sau în intervalul menstruelor au loc deseori perderi leucoreice, nici odată nu s'au semnalat perderi seroase, hidroreice. Multe fibroame evoluează cu o menstruație normală după cum se poate vedeà din evoluția tumorei din Obs. I.

In alte cazuri sunt însoțite de emoragii, luând numai

în unele cazuri caracterul net menoragic, dar afectând în majoritatea cazurilor caracterul metroragic. Aceste metroragii survin la femei în plină perioadă de viață menstruală, uneori sunt profuse, în chiaguri, continue sau cu perioade de remisiune putând să anemieze foarte mult bolnavele. Ele se arată în toate fasele boalei sau apar la început și dispar în urmă pentru a nu se manifestă decât mult mai târziu. Se poate întâmplà ca aceste fibrome să aibă o istorie simptomatică cu totul hemoragică.

Simptomele funcționale din observația II (Fibromiom) se caracterizează prin emoragii cu caracterul menoragic. Numai prin prezența și evoluția tumorei se pot explică aceste emoragii. totuși trebue să ținem seama și de posibilitatea unei stări metritice concomitente care să le producă. In fine sunt femei, și cazurile nu sunt tocmai rare, la cari există o supresiune a menstruelor, care supresiune se poate manifestà la epoce variabile a evoluțiunei fibromului ; pare însă a există o strânsă legătură cu creșterea în volum a fibromului.

b) *Tulburările de compresiune. Compresiunea nervilor.* Se caracterizează prin dureri a căror evoluție și prezență e variabilă ; astfel : 1) sunt tumori cari în tot timpul desvoltărei lor nu sunt deloc însoțite de fenomene dureroase ; 2) sau durerea există la început și apoi dispare deși creșterea tumorei progresează; 3) sau durerea apare ca simptom inițial pentru a devenì în urmă mai mult sau mai puțin durabilă; 4) în fine sunt fenomene dureroase cari însoțesc toate stadiile de desvoltare a tumorei. Își au sediul în hipogastru, fozele iliace, abdomen sau în lombe. Nu constă uneori decât într'o simplă greutate, alteori sunt surde sau violente, nevralgice și chiar paroxistice.

Compresiunea vaselor. Este rară în această perioadă și când există se manifestă prin oedem uni sau bilateral al membrelor inferioare, care rare ori se întinde la regiunea hipogastrică și la zona genitală. Circulațiunea colaterală a abdomenului este o raritate.

Compresiunea viscerelor fie din partea intestinului, a rectului, a besicei, a ureterelor este rară. Ea nu se traduce decât prin tulburări dispeptice, o constipație mai mult sau mai puțin rebelă, prin câtevà tulburări de micțiune: pollakiurie, disurie; care se poate manifestà prin adevărate crize disurice. Retenția de urină este posibilă dacă n'a fost constatată.

In rezumat toate aceste simptome funcționale sunt inconstante. Când apar izolate constitue o simptomatologie redusă; din contra când apar unul după altul și merg împreună constitue un cortegiu simptomatic variat și multiplu.

Semnele generale. Fibromele evoluează mult timp cu o conservare aproape perfectă a stărei generale; fața își conservă coloarea obișnuită. Dar în alte cazuri poate apare o slăbiciune progresivă, sănătatea să fie mult atinsă. Cu toate acestea chiar în cazuri în care starea generală pare compromisă, bolnavele își revin pentru un timp mai mult sau mai puțin lung.

Semnele fizice. La inspecțiune se constată o mărire de volum a pântecelui datorită fie tumorei, fie prezenței ascitei. Acest volum nu e totdeauna în raport cu acel al tumorei. Tumora este uneori mediană, alteori laterală, proeminând într'una din fosele iliace și în care caz pântecele ià un aspect asimetric. Accesoriu se pot constatà varice ale membrului inferior și a zonei genitale precum și oedem.

Prin palpare se percepe o tumoră de un volum variabil, în general indolentă, cu sediul într'una din fosele iliace, uneori în ambele când leziunea e dublă. Suprafața este netedă sau neregulată și boselată. Au o consistență dură, uneori însă e moale și pseudo-fluctuentă. Se bucură de o mobilitate destul de mare. Tumora se poate ridicà până la epigastru și hipocondru.

Percuțiunea denotă o matitate care corespunde la toată întinderea porțiunei abdominale a tumorei, matitate care se continuă în cazuri rare cu aceea a organelor vecine ca

Scanned with OKEN Scanner

ficatul. Ea delimitează prezența mai multor mase diferite cari intră în compoziția tumorei. Ea dă uneori senzație foarte netă de balotare abdominală și revelează ascită când aceasta există.

Tactul vaginal sau mai bine *palparea bimanuală* este acela care dă cele mai precise mijloace de explorațiune. Prin tact putem precizà caracterele tumorei și punctul capital, independența de uter. Colul uterin, ocupă un sediu variabil, dar cele mai deseori e dus înainte către pubis, uneori e moale ca colul unui uter gravid.

Corpul uterului poate fi destul de voluminos fie că conține nuclei fibromatoși în peretele său, fie că e atins de o metrită concomitentă. Este în general în anteversiune. Fundul uterului este greu de determinat din cauză că poate fi înglobat în nodositățile vecine ale tumorei. Uneori este mobil, alteori inclavat în masa tumorei. Fundurile de sac sunt șterse în partea în care își are sediul neoplasmul. Neoplasmul poate ocupà diferitele funduri de sac, dar în toate cazurile ocupă cele laterale sau cavitatea lui Douglas. In unele cazuri nu se simte nimic prin tactul vaginal și numai explorația abdominală este instructivă; aceasta se întâmplă când din cauza unui volum prea mare tumora nu se poate angajà în pelvis. Consistența este în general densă, uneori elastică; ea poate prezentà chiar o pseudo-fluctuație care ne face să ne gândim la o tumoră chistică chiar când abdomenul e deschis. Foarte rar se determină dureri. Suprafața lor exterioară, este cele mai deseori boselată, uneori netedă. alteori se disting șanțuri profunde și încrucișate cari fac impresia unor suturi. Foarte mobile sau net deplasabile pot suferì o inclavare însemnată.

Adeseori există o imobilitate absolută și ireductibilă, rar se observă o deplasare parțială a tumorei. Pediculul nu se poate găsì mai nici odată Șanțul de demarcare între uter și tumoră deși poate fi observat este un semn problematic. Toate aceste semne pe cari le-am enumerat, nu sunt decât ipotetice și n'au valoare diagnostică decât dacă

sunt reunite și dacă se poate constata în acelaș timp semnul capital de independența uterului de tumora pelviană. Căutarea acestui semn este punctul cel mai spinos de investigațiune clinică cu atât mai mult cu cât aceste tumori sunt destul de frequent bilaterale și pot fi, foarte excepțional însă, incluse în ligamentul larg. Uneori tumora determină prin greutatea sa un prolapsus uterin mai mult sau mai puțin pronunțat.

Tușeul rectal. Inainte de a arătà că explorarea cavității uterine poate aduce o probă pentru confirmarea diagnosticului, trebue să spunem că e demn de recomandat complectarea tactului vaginal prin tactul rectal, care a fost foarte rar practicat și care în realitate poate ajutà mult pentru confirmarea diagnosticului.

Hysterometria. Este marele mijloc de diagnostic căci permite cele mai deseori de a stabilì independența tumorei de uter. Nu va fi neglijată nici odată într'un examen complect. Hysterometria a fost întrebuințată pentru prima oară de Samuel Lair în 1828, apoi căzù în desuetudine și lui Huguier îi revine meritul de a fi reintrodus-o în practica chirurgicală. Ziembicki în teza sa spune că trebue să fim pătrunși de ideia că hysterometria aduce în diagnosticul afecțiunilor utero-ovariene același serviciu ca ascultația în boalele plămânului și cordului, așà că oridecâteori vom bănuì o tumoră ovariană să facem cateterismul uterin. Cateterismul uterin poate fi explorator și mensurator. a) *Cateterismul explorator.* Introducând isterometrul în uter, va fi ușor de constatat că dacă imprimăm o mișcare tumorei, această mișcare o va executà și extremitatea isterometrului rămas în vulvă însă în sens contrar, în care caz vom conchide că tumora face corp cu uterul, altmintrelea dacă isterometrul nu va suferì nici o deviațiune atunci tumora va depinde de anexe; b) *Cateterismul mensurator.* Mensurațiunea cavității uterine ne va da un concurs prețios. Noi cunoaștem diametrul vertical al cavității uterine, ori isterometria practicată la o femee bănuită de o tumoră ovariană

va găsi aproape normal acest diametru vertical, ceeace nu se va întâmplà când tumora va depinde de uter.

Puncţia exploratrice. Puncția exploratrice a tumorei trebue să fie evitată. Este neutilă pentru chirurg și poate fi funestă pentru bolnavă. Din contră puncția îndreptată contra are indicațiunile ei, căci lichidul ascitic fiind evacuat, tactul ascitei vaginal combinat cu palpeul abdominal permite de a lua tumora între mâni și de a recunoaște dacă nu natura, cel puțin existența.

Examenul sub cloroform. Nu trebue să fie neglijat căci folosul este incontestabil. Cu toate acestea nu trebue abuzat sistematic în toate cazurile, cu atât mai mult cu cât e foarte ușor de făcut în momentul operațiunei.

II. **Evoluţie, durată şi pronostic.**

Evoluția fibromului ovarian este foarte variabilă ca durată și terminarea sa într'un fel sau într'altul nu poate fi exact apreciată căci în majoritatea cazurilor intervenția a pus capăt evoluției neoplasice.

Producerea morței prin evoluarea tumorei a variat între cinci și chiar cincisprezece ani. Uneori fibromul ovarului a fost descoperit la femei bătrâne în sala de necropsie; alte ori o boală intercurentă a venit să întrerupă evoluția tumorei.

In cazurile în cari cachexia e datorită evoluției neoplasmului, starea generală se alterează mult, pântecele devine enorm cu circulațiune colaterală uneori, oedem ipogastric și al membrelor inferioare, durerile prin compresiune devin intolerabile, hemoragiile profuse și anemiante, tulburările viscerale datorite compresiunei devin foarte grave.

Pronosticul e favorabil, dar tumora trebue extirpată pentru a prevenì complicațiunile sau posibilitatea survenirei unei cachexii.

Scanned with OKEN Scanner

III. Complicaţiunile tumorilor benigne.

Evoluţia fibromului uterin poate fi întreruptă prin complicaţiuni diverse dintre cari unele sunt destul de dese. Nu vorbesc de emoragii cari pot fi considerabile necesitând o tamponare de urgenţă.

Inflamaţiunea şi supuraţiunea fibromului e semnalată de Rokitanski. Intr'un caz a lui Weyssière un enorm pyosalpinx rupt în abdomen a complicat un fibrom, determinând o peritonită fatală.

Terillon a observat coincidenţa unui hematosalpinx dublu. Ziembicki citează o observaţiune în care bolnava murì de tulburări pulmonare şi puţin timp înainte de moarte a prezentat fenomene peritoneale. Dartigues crede că aceste fenomene erau mai mult datorite unei peritonite tuberculoase care a venit să complice evoluţia neoplasmului.

Pelviperitonitele sunt destul de des citate ca complicaţiuni ale fibromului ovaric. Hamans a constatat un prolaps total al uterului concomitent cu un fibrom al ovarului. Coincidenţa fibromului uterin nu e rară.

Torsiunea pediculului a fost semnalată (Delegrange, Dubar). E o complicaţiune puţin frequentă. In cazul lui Delegrange pediculul erà de două ori sucit asupra lui însuşi, el nu menţionează simptomele clinice corespunzătoare. Van Burren citează o observaţiune în care peritonita a survenit prin torsiunea pediculului neoplasmului. Când am descris simptomele fibromului, am dat puţină importanţă ascitei din cauză că nu e aşà de frecuentă şi după unii autori ar lipsì chiar. Observaţiunile lui Picqué şi Dufour menţionează chiar ascite foarte abundente şi recidivante. In fine mai e o complicaţie căreia trebue acordată o importanţă capitală, aceasta e coincidenţa posibilă a unui sarcom al ovarului dintr'o parte cu un fibrom de partea opusă, sau o degenerescenţă sarcomatoasă chiar al fibromului ca în observaţia lui Bourgouin.

Scanned with OKEN Scanner

B. Tumorile maligne.

I. Simptome.

Este absolut nefolositor de a divizâ în trei capitole studiul simptomatologic al sarcomului, carcinomului și endoteliomului ovarian: tabloul clinic e acelaș, conduita chirurgului e identică în aceste cazuri și pe de altă parte e inutil și imposibil chiar de a face în evoluția clinică un diagnostic anatomic înainte de a fi făcut secțiuni microscopice ale tumorii. Simptomele se pot grupà în 3 perioade: o perioadă incipientă sau debutul, o perioadă staționară și perioada ultimă: terminală.

1. Perioada de debut.

Și asupra fasei incipiente al acestor tumori ca și la fibrom voiu descrie cu o deosebită minuțiozitate simptomele, a căror importanță e indiscutabilă. Cu atât mai mult trebue insistat cu cât evoluția acestor tumori e malignă, pronosticul lor e fatal, încât extirparea lor trebue făcută din vreme, înainte de a fi luat dimensiuni mari, înainte de a dà metastase sau să se extindă la organele înconjurătoare. In aceste din urmă cazuri intervenția e iluzorie, de oarece ea nu mai taie răul dela începutul lui și recidivele nu sunt excluse. Prin urmare ceeace trebue urmărit în descrierea simptomelor este, ca aceasta să se limiteze la expunerea amănunțită al acelora din prima perioadă, lucru ce-l și fac în această lucrare. Din nenorocire foarte rare sunt cazurile când bolnavele se prezintă la chirurg cu totul în fasa incipientă a afecțiunei de cari sufer. Existau autori cari aveau tendința de a considerà latentă prima perioadă a tumorilor maligne, dar azi, o repet, grație tulburărilor ușoare de cari se plâng bolnavele, este aproape imposibil de a nu fi pe calea unui diagnostic precoce, diagnostic atât de favorabil bolnavei în aceste cazuri.

Scanned with OKEN Scanner

Simptomele funcționale. Două semne funcționale caracterisează cele mai adeseori începutul evoluției neoplasmului. Aceste sunt: *tulburările menstruale* și *durerea.*

Tulburările mentruale. In toate formele de tumori maligne ale ovarului, mai ales când lesiunile sunt bilaterale amenorea e frequentă. Observațiunile noastre III și V vin să confirme această afirmațiune. In numeroasele observațiuni se constată că dela un timp mai mult sau mai puțin îndepărtat, care variază între două luni până la zece ani, bolnava observă că menstruația diminuă cantitativ și apoi după puțină vreme se suprimă în mod progresiv. Uneori această diminuare a menstruelor este precedată printr'o perioadă în care abundența lor a fost observată, alteori câteva perderi de sânge neregulate și ușoare au înlocuit vechea regularitate a menstruelor; unele bolnave au menstruația de două sau trei ori în mai mulți ani, altele au emoragii după o lungă perioadă de amenoree; aceste sunt excepțiuni. Regula este că menstruația dispare pentru a nu se mai reproduce. Adeseori la fetele tinere menstruele nu mai apar sau nu se ivesc decât o singură dată. Unele femei prezintă totdeauna neregularitatea menstruelor cărora le urmează o amenoree definitivă.

Trebue să observăm că nu numai în cazuri de tumori bilaterale există supresiunea menstruelor. Astfel în nouă cazuri citate de Dreyfus amenorea însoțește tumori unilaterale, celalt ovar fiind complect sănătos, în alte șase cazuri diminuarea menstruelor sau intermitențe neregulate ale acestora caracterizau iarăși lesiuni neoplasice localizate numai la un singur ovar.

Emoragiile sunt mai rar semnalate. De foarte puține ori s'a constatat persistența regularității menstruale.

In rezumat tulburările menstruale sunt aproape regulat constante. Majoritatea tumorilor maligne sunt caracterizate prin stabilirea gradată a unei menopause premature.

Leucorea n'are nici o semnificare simptomatică

Durerea. Trec la descrierea celui de al doilea semn

funcțional care ca și primul merită toată atențiunea de oarece complectează și asigură și mai mult posibilitatea punerei diagnosticului. Il voiu studià cu o deosebită îngrijire pentrucă de cele mai multe ori precede apariția tumorei perceptibile.

Modalitățile sub care apare acest simptom sunt de altmintrelea variabile. Așà: uneori bolnava acuză o simplă greutate în ipogastru, alte ori simte dureri extrem de acute, continue, progresive sau chiar însoțite de paroxisme. Numeroase bolnave, au adevărate crize dureroase însoțite uneori de vărsături, crizele dureroase pot fi duse până la așà grad de violență în cât bolnavele să cadă în collapsus. Durerea e uneori exagerată în timpul epocelor menstruale, alteori ea nu apare decât în momentul în care trebuià să vie menstruația. Repausul în pat în decubitul dorsal poate să aducă o ameliorare însemnată bolnavelor calmând întru câtvà aceste dureri, aceasta însă, în cazuri excepționale, poate din contra să le accentueze.

Sediul durerei e la nivelul abdomenului, uneori limitată la nivelul tumorei, alteori împrăștiată în tot abdomenul. Când are caracterul unei greutăți atunci se localizează nu numai în ipogastru ci și la nivelul regiunei lombare sau peritoneale. Durerea poate prezentà și iradiațiuni în regiunile inguinale. Ceeace trebue să remarcăm este, că durerea este mult mai constantă și mai vie ca în tumorile benigne, din faza incipientă. Se poate spune că nu lipsește decât foarte rar la începutul evoluției neoplasice. Aceste dureri dela început trebuesc cu totul deosebite de acelea cari există în toate tumorile într'o perioadă mai îndepărtată a evoluțiunei lor, căci aceste din urmă sunt datorite compresiunei în urma desvoltărei prea mari ce o ia tumora și au caractere speciale ușoare de recunoscut.

Semne generale. Semnele generale sunt în această fază puțin accentuate, cu toate acestea se poate observà în unele cazuri o anemie manifestă, un aspect clorotic deją semnalat de Dubois și care trebue să ne îndrumeze către

diagnosticul unei afecțiuni maligne. Pare foarte interesant de a face în această perioadă examenul sângelui. Dreyfus în teza sa susține, că n'a putut face acest examen în cazurile pe cari le-a observat personal și nu a întâlnit în literatura medicală decât o singură observațiune din teza lui Massabuau datorită profesorului Forgue, în care acest examen a fost făcut. El a dat următoarele rezultate :

Numărul total al globulelor albe 7200 pe mm.

Polinucleare	78%
Mononucleare	15%
Limfocite	7%
Eosinofile	5%

Erà vorba în acest caz de un cancer al ovarului.

Semnele fizice. Semnele fisice în această perioadă trebuesc căutate. Uneori există o ușoară mărire de volum a pântecelui și un examen mai amănunțit arată, că există puțin lichid în cavitatea abdominală. Circulațiunea venoasă a peretelui este rar modificată. Câțiva autori semnalează o ușoară dilatare a venelor superficiale, dar nu ne vom aștepta s'o găsim totdeauna.

Tactul vaginal poate să ne deà de pe acum date foarte folositoare în precizarea diagnosticului. Starea ovarului trebuește cercetată cu multă grijă. El se poate găsì în unele cazuri mărit de volum, mărime, care variază ajungând uneori până la aceia a unui ou de porumbel sau de găină. E ușor deplasabil, și foarte bine delimitat de uter Cele mai adeseori este dureros la palpare, în general e prolabat în fundul de sac vaginal posteripr. Excepțional contractă aderențe în această perioadă. In fine, tot prin tactul vaginal se poate descoperì un ușor grad de ascită,

Ceeace trebue de mărturisit este că numai în cazuri excepționale ne putem găsì în prezența unui complexus simptomatic așà de complect și care când există, credem că trebue să deștepte imediat în noi afirmarea existenței unei tumori maligne a ovarului.

Foarte adeseori există numai durere și atunci examenul

va trebuì făcut cu o deosebită atenţiune pentru a descoperì tumora născândă.

Rareori constitue amenorea singurul simptom de debut. Sunt cazuri foarte numeroase când bolnava vine să consulte pe medic pentru creşterea în dimensiuni a pântecelui şi atunci ea denunţă o amenoree de mai mulţi ani, şi în acest caz o intervenţie are puţine succese de a aduce o vindecare radicală.

2. Perioada staţionară.

Această perioadă oferă simptome mai numeroase, dar care cu toate acestea ne pot induce în eroare.

Simptomele funcţionale. Simptomele funcţionale rămân aceleaşi ca şi în prima perioadă, dar pe lângă acestea se mai adaugă acelea cauzate de desvoltarea pântecelui. Dar după cum am spus durerile din prima perioadă trebuesc deosebite de acelea din perioada staţionară, într'adevăr cauza celor dintâi ar fi mai mult o iritaţie a seroasei peritoneale, pe când cauza celor din urmă este compresiunea directă a plexurilor nervoase. In acest caz avem adevărate nevralgii rebele, foarte penibile cari împedică somnul bolnavelor şi au un resunet asupra economiei, care poate fi destul de alterată. Aceste crize dureroase cu exasperaţiune paroxistică se produc mai ales în timpul nopţii şi se însoţesc uneori de vărsături. Femeia poate acuză o simplă greutate la nivelul inguinelor, pubisului şi lombelor, sau în fine ea poate aveà o jenă considerabilă în mers sau respiraţiune din cauza creşterei de volum a tumorei.

Compresiunea se poate exercită şi asupra viscerelor dând constipaţii, obstrucţie intestinală, retenţii de urină şi chiar uremie.

Compresiunea vaselor dă oedeme şi ascită. *Ascita* poate fi une ori considerabilă. Nu trebue să uităm cu toate acestea că ea poate să şi lipsească. Leopold o consideră destul de rară în sarcom, Dartigues este de aceeaş părere.

După Ladouce ar fi aproape constantă. Massabuau a găsit o în 70 cazuri de cancer ovaric și îi atribue o mare importanță în facerea diagnosticului, cantitatea de lichid ascitic însă ar fi foarte moderată. Mac Ilroy a găsit-o în cele 15 cazuri pe cari le-a studiat. Dreyfus crede că e foarte frecuentă dar nu e constantă. In observațiunile sale numeroase, este vorba de punctiuni repetate prin care se scoteau cantități considerabile de lichid, care însă se reproduceà cu o repeziciune extraordinară. Aceste punctiuni sunt deseori necesare din cauza tulburărilor de compresiune la cari dă loc cantitatea de lichid din abdomen, tulburări cari se manifestă prin dispnee, ortopnee, circulațiune venoasă colaterală.

Semnele fizice. Aceste semne le vom descoperì prin inspecțiune, palpare, percuțiune și tactul vaginal.

Prin inspecțiune, dacă ascita lipsește, sau dacă există și s'a făcut o punctie evacuatrice, se poate constată prezența tumorei. Ea este deseori unilaterală, poate prezentà neregularități la suprafață vizibile, în care caz ar puteà fi considerat ca un fibrom multilobular al uterului.

Palpațiunea. Permite de a constată că tumora este în general dură, foarte rezistentă. Une-ori se pot întâlnì și părți fluctuente; alte-ori au în întregime o consistență moale. Tot prin palpare putem să ne dăm seama de mărirea de volum a ganglionilor inguinali și iliaci, semn de o importanță deosebită de oarece vine să confirme evoluția malignă a tumorei. Prin presiune se poate determinà durere, dar acesta nu e un fapt constant.

Percuțiunea. Servă peutru a descoperì ascita a cărei valoare e capitală, de a determinà raporturile tumorei, situațiunea anselor intestinale etc.

Ascultațiunea. Ne va da lămuriri precise asupra vascularisației tumorei, cari se traduce prin sgomote de sufluri, perceptibile pe diferitele puncte ale abdomenului, deprimat fiind de stetoscop. Afară de aceste sufluri se mai pot constată și freamăte analoage cu acele din anevrismele aortei,

Scanned with OKEN Scanner

și sgomote datorite bătăilor aortei și propagate până la urechea noastră prin tumoră, semn care pentru Routh ar aveà o oarecere valoare în apreciarea conținutului. In caz de sarcină ascultația ne-ar permite de a evità o eroare de diagnostic.

Tactul vaginal. Practicat în acest moment ne va permite să ne dăm seama mai bine de consistența, de forma, situațiunea și raporturile cu organele vecine.

Consistența în general dură după cum știm, dă sensația unui corp solid la deget, ea poate de asemenea să prezinte caracterele proprii unei colecțiuni lichide. Alteori degetul percepe net niște formațiuni chistice și le poate delimità destul de exact.

In ceeace privește situațiunea: In prima perioadă de desvoltare: *situația intrapelviană*, uterul e împins înainte către simfisă și tumora se simte în fundul de sac posterior pe care îl umple prin masa sa mai mult sau mai puțin dură. In a doua perioadă de desvoltare: *situațiunea intraabdominală*, singur colul s'ar simți prin tactul vaginal, uterul tras în sus de tumoră ar devenì imposibil de a fi delimitat. Această situațiune nu e constantă, poziționea uterului va fi și ea variabilă după sediul tumorei, forma ei, existența sau absența epanchementului ascitic.

Partea importantă este delimitarea netă a uterului de neoplasmul ovarian, căci multe erori de diagnostic s'au comis atribuind uterului neoplasmul desvoltat în ovar.

Uneori diferențiarea este ușoară: unul din degetele vaginale se sprijină pe tumoră, celalt ajutat de mâna care face palpeul abdominal menține uterul, se imprimă mișcări uterului sau tumorei, atunci se va constatà independența uterului de a neoplaziei.

Alteori existența unui șanț mai mult sau mai puțin adânc va ajunge de a stabilì un diagnostic precis. Tușeul rectal va puteà și el să ne ajute în stabilirea diagnosticului delimitând mai bine și mai ușor corpul uterin. Trebue

să mărturisim că în unele împrejurări tușeul vaginal, nu va face altceva decât să ne inducă în eroare.

Hysterometria ne va fi prețioasă servindu-ne ca și la fibromul uterin pentru a puteà diferența leziunile neoplasice ale uterului de acele ale ovarului.

Starea generală. In această perioadă starea generală e serios atinsă, vărsăturile și anorexia nu sunt rare. Dispneea, durerile deseori violente concură a slăbì bolnava. Cachexia își face apariția. Nu se întâlnește acea față *jaune-paille* caracteristică numai cancerului stomacal, ci un facies mai mult palid. Ochii sunt duși în fundul capului, strălucitori. Slăbiciunea foarte pronunțată e în contrast cu mărirea de volum al abdomenului.

3. Perioada terminală.

Perioada terminală își face repede aparițiunea ei. Ea este asemănătoare cu aceea a tuturor cancerelor organelor intra-abdominale. Cachexia, generalizarea ne oferă un tablou clinic banal asupra căruia e inutil de insistat. Moartea survine uneori în mod brusc.

II. Evoluție, durată și pronostic.

Pare a fi destul de greu a determinà durata afecțiunei. Debutul este uneori imposibil de a fi descoperit, mai cu seamă când tumora malignă succede celei benigne.

Din punctul de vedere clinic putem admite *două forme evolutive.* In cea dintâi, frecuentă la copii și femeile tinere, evoluția este rapidă. Intr'un caz a lui Massabuau, o ascită considerabilă apărù în cinci zile la o femee care până atunci erà bine, după câtevà luni numai, survenì moartea. Debutul neatrăgând atențiunea bolnavei, ea observă deodată din sănătoasă cum erà, că abdomenul se mărește de volum, mărire însoțită de dureri, consultând pe chirurg acesta constată o tumoră destul de avansată. Intr'un caz a lui

Pepin evoluția neoplasmelor a durat patru luni. Lockyer relatează o observațiune interesantă în care o femee fu examinată cu o deosebită grijă în August 1903 pentru un rinichiu mobil, cu care ocazie i s'a făcut un examen genital complect; ea revine în 1904, când se constată că are un cancer al ovarului însoțit de amenoree.

In cea de a doua formă perioadele se succed în mod lent și evoluția neoplasmului durează mai mulți ani înainte de a se termină prin moarte. Doi sau trei ani par a fi cifra medie a duratei lor, începând însă a calculă timpul dela aparițiunea simptomelor importante. In fine mai există încă o modalitate de evoluțiune: sunt femei cari de mult timp au o tumoră uneori considerabilă, fără ca starea lor generală să sufere. Această stare se menține uneori 10—15 ani, și deodată crește enorm în volum, se însoțește de semne de malignitate evidentă și produce în câtevà luni cachexie și moarte. Ladouce presupune că încetineala evoluției primelor perioade ar fi datorită resistenței oferite de capsula fibroasă a ovarului, dară această presupunere pare neîntemeiată. Probabil că avem a face în asemenea cazuri cu tumori benigne cari au stat mult timp ca atari și cari la un moment dat au suferit o transformare malignă.

Pronosticul e foarte grav chiar fatal, totuși trebue să fim mai reservați în această afirmare, astfel generalizarea în sarcoame nu se observă atât de frequent cum s'ar puteà crede. E adevărat însă că multe sarcome au fost operate la timp, înainte de a survenì această complicație și poate acestui fapt e datorită neobservarea generalizărei. Ceeace pare mai interesant este că nu s'a semnalat nici chiar la femeile sucombate de cachexie și cărora li s'a făcut necropsia. Generalizarea sarcomatoasă atinge diferite viscere mai ales stomacul și pulmonii. Delbarre a văzut un caz în care nuclei sarcomatoși existau în coapse. In ceeace privește cancerul perioada de cachexie nu e totdeauna precoce. Pe lângă cancere cari în câtevà luni produc ascita și umplu repede cavitatea adominală, sunt altele cari n'a-

jung acì decât după mai mulți ani. Generalizarea la diferitele organe nu e absolut sigură după cum se afirmă. Nu rareori se văd cancere voluminoase, însă localizate și operate fiind, aduc un mare beneficiu pentru bolnave.

III. **Complicațiuni.**

Complicațiunile cari pot însoți evoluția tumorilor maligne ovariene sunt următoarele:

a) *Torsiunea pedicelului.* Torsiunea pedicului neoplasmului nu e rară. Ea se poate însoți de foarte puține fenomene peritoneale. Ea nu este o complicațiune tardivă. Pentru ca să se producă, trebue ca tumora să fie independentă, mobilă, fără aderențe, condițiuni cari nu pot existà în faza terminală a evoluției neoplasmului.

b) *Sarcina.* Sarcina dă un biciu desvoltărei tumorei. Münchenmeyer citează un caz în care sarcina a determinat o desvoltare colosală a tumorei și din care cauză fù silit să facă craniotomia.

c) Alte complicațiuni cari pot aveà loc sunt: Pericardite, oclusii intestinale, peritonite, embolii secundare și metastasẽ ganglionare șr viscerale.

Scanned with OKEN Scanner

DIAGNOSTICUL

Am repetat-o în atâtea rânduri în cursul acestei modeste lucrări și nu voiu încetà un moment de a o face, spunând, cât de important e a face diagnosticul la începutul sau chiar în perioada staționară a evoluției neoplasiei.

I. **Diagnosticul diferențial în perioada inițială.**

Simptomatologia tumorilor solide ale ovarului la început este atât de vagă și ocultă în cât rar se va putea pune acest diagnostic. Astfel vom crede că avem aface cu o *metrită emoragică* când ne vom găsi în prezența unor emoragii mai mult sau mai puțin repetate acompaniate de dureri în regiunea ipogastrică, iradiate sau localizate și dacă ne găsim în acelaș timp în prezența unui corp uterin mărit de volum. In alte cazuri, simptomul durere fiind localizat pe părțile laterale ale regiunei ipogastrice, și dacă facem tactul vaginal, vom puteà bănuì existența unei *anexite*, dar în anexită durerile nu sunt spontanee, fundul de sac respectiv e foarte dureros la presiune. Alteori tot din cauza durerei localizate acì ne gândim a pune diagnosticul de *ovar sclero-chistic* dureros, dar făcând tactul vaginal cu mai multă minuțiositate, vom constatà că e mai puțin mobil de cât mica tumoră solidă. Din cauza aderențelor pre-

zintă o consistență diferită, nu uniform dură și lemnoasă ca tumora solidă, care e netedă, regulată reprezentând forma ipertrofiată a organului.

Supresiunea menstruelor care apare une-ori ca semn revelator inițial, când coincide cu o stare generală proastă, ne fac să punem diagnosticul de *tuberculoasă salpingo-ovariană*.

Tulburările în micțiune ne fac să credem că avem a face cu o *cistită*, în acest caz ne vom da seamă că ele sunt datorite compresiunei. *Ascita* care însoțește unele tumori prin faptul că recidivează după o serie de punctțiuni, ne va face să credem că există o cirosă a ficatului Laenec.

II. **Diagnosticul diferențial în perioada staționară**

Tumorile solide sunt confundate în această perioadă cu:

Fibroamele uterine. Acestea cu diferitele lor varietăți ne pot induce în eroare. Astfel une-ori diagnosticul este esitant într'o tumoră ovariană solidă și un fibrom uterin subperitoneal cu pediculul lung. Cum le vom diferenția?

Un fibrom al uterului subperitoneal produce metroragii neînsemnate, nici o tulburare de compresiune. Independența tumorei uterine pediculate de uter este ușoară de constatat. In caz de tumoră ovarică, absența metroragiei este mai puțin marcată, une-ori fiind o amenoree absolută, mobilitatea neoplasmului este apreciabilă, independentă și mai complectă. Hysterometrul, în caz de tumoră uterină, ne servă ca un bun mijloc de diagnostic. Sunt unele cazuri foarte complicate, astfel se poate întâmplà ca tumora prin prelungirile cari pătrund în micul basin, să înclaveze și uterul în masa sa, formând împreună un bloc, așà că ne-am crede îndreptățiți să punem diagnosticul de fibrom uterin sesil multilobular sau fibrom inclus în ligamentul larg, însă acì hysterometria va jucà un rol enorm. Ea ne va arătà absența mărirei cavității uterine, dacă tumora

depinde de ovar. Nu vom ține seamă de o mărire mică datorită tracțiunei exercitată de tumoră.

Tumorile ovarice voluminoase cu o dispoziție complicată, cu o mobilitate pronunțată, sunt mai dese decât tumorile uterine cu configurațiunea similară. Ele sunt însoțite de o stare cachectică, de ascită, în timp ce cachexia e foarte rară în fibromatoza uterină, ascita lipsește și apoi hysterometria e suverană și foarte semnificativă. Sunt însă cazuri în care hysterometrul este greu de introdus, de oarece colul e inaccesibil sau pentrucă determină o vie durere, atunci o să lăsăm această explorare pe care o vom face sub cloroform, când și noțiunile căpătate prin tactul vaginal vor fi mult mai precise.

Chistul ovarului. Una din erorile de diagnostic cele mai de multeori comisă este confundarea cu chistul ovarului. Deși unii autori susțin că diagnosticul e foarte ușor, sunt însă multe cazuri în care s'a luat o tumoră solidă drept o tumoră chistică. *Chistele uniloculare* sunt fluctuente și puțin întinse pentru a simulà o tumoră solidă. Această varietate de chist nu e lobulată sau boselată și de ordinar nu sunt însoțite de ascită. Sunt tumori solide și în special fibroame ale ovarului cari sunt moi din cauza infiltrațiunei oedematoase a geodelor diseminate în masa lor, sau din cauza necrosei centrale cu ramolirea consecutivă ischemiei datorită torsiunei pediculului tumorei. Din aceste motive mai sus enumerate putem face un diagnostic greșit. Un mic chist al ovarului, nu dă la începutul lui senzație de fluctuațiune, însă indolența sa obișnuită și lipsa de ascită constitue semne destul de distinctive. Se poate confundà încă cu un chist ovarian, supradistins, destul de voluminos, Dartigues citează un asemenea caz.

In ceeace privește *chisthl multilocular*, cu care se confundă tumorile solide, se poate ușor diferențià prin inegalitatea de consistență a boselurilor suprafeței sale, în timp ce lobii tumorei solide sunt de o consistență uniformă afară

de rare excepțiuni când câteva mici chiste sau puncte ramolite se oferă degetului care face tactul vaginal.

Tumorile solide s'au confundat cu chistele dermoide, însă examinând și interogând de aproape ne vom asigurà de origina acestora.

Pelviperitonita este cele mai adeseaori o complicațiune în cursul afecțiunei periuterine, survenind deodată, ea este totdeauna însoțită de un cortegiu de simptome alarmante: frison mare, febră, facies gripat, sughiț, grețuri, vărsături, balonare, durere intensă și superficială a pântecelui.

Hematocel. Debutul brusc al *hematocelului* este caracteristic, dar în cazuri de ematocel cu debut lent, când degetul percepe o tumoră la nivelul fundurilor de sac coincizând cu o retenție menstruală, amenoree sau dismenoree, dificultatea devine o realitate.

Sarcina. In fine, câte bolnave nu se prezintă la un examen medical cu convingerea că sunt însărcinate! Absența menstruelor mai mult sau mai puțin prelungită, augmentarea nedureroasă și progresivă a pântecelui, durerile sub formă de colici caracteristice unei faceri sau avort, le întărește mai mult credința lor. Deschiderea colului uterin, moliciunea sa adăugându-se la semnele precedente, au făcut pe unii medici să confirme acest diagnostic.

Sarcina complicată cu hidramnios poate ușor fi luată drept o tumoră ovariană. Foetul e luat ca tumoră, lichidul hidramniotic drept ascită. Dacă la semnele de mai sus se adaugă și emoragii, ne vom puteà gândi la o placentă praevia.

Voiu adăuga greșala care s'a comis făcând diagnosticul de sarcină extrauterină. Absența menstruelor de un timp mai mult sau mai puțin îndelungat, câte-va dureri expulsive, o perdere de sânge ca și cum ar fi vorba de expulzarea caducei, cu o inmuere a colului și ilusiunea fontanelelor percepute la nivelul tumorei într'unul din fundurile de sac laterale ale vaginului, ilusie datorită prezenței de șanțuri profunde de pe suprafața tumorei, explică îndeajuns cum ne putem înșela.

III. Diagnosticul varietăţei tumorilor solide.

S'a diagnosticat o tumoră solidă, este locul acuma să ne întrebăm dacă e *fibrom*, *sarcom* sau *cancer*, cu alte cuvinte dacă e o tumoră benignă sau malignă. Iată caracterile diferenţiale:

Fibromul ovarului se caracterizează prin lunga sa perioadă de latenţă, prin absenţa ascitei sau prin puţina frequenţă a acesteia. Se ştie că unii autori ca Leopold, Cornil, Bourgouin sunt categorici în afirmarea lor că nici odată ascita nu însoţeşte fibromul ovarului. Acesta e un semn aproape patognomonic pentru dânşii. Fibromul e o tumoră indolentă. Consistenţa sa e dură şi uniform lemnoasă. E rar lobulat, lobulaţiunea considerată de un autori ca un semn fisic important. Mobilitatea şi independenţa sa de uter sunt mai acuzate ca în tumorile maligne. Complicaţiile sunt aceleaşi ca şi în neoplasmele maligne, şi nu se observă nici odată generalizarea. Ceiace merită de a fi menţionat e integritatea aproape perfectă, multă vreme a stărei generale, puţina reacţiune pe care o determină şi încetineala evoluţiei sale aşà că sănătatea nu e mai nici odată alterată, faţa conservă coloarea sa obişnuită, forţele sunt conservate, nu există o slăbiciune marcată. Totuşi pot fi şi excepţiuni.

Sarcomul. Acî fasa de latenţă e mai scurtă. Ascita e aproape regulă şi poate apare din vreme. Debutul poate fi reprezentat printr'o slăbiciune precoce şi progresivă, cu toate acestea pot fi şi remisiuni şi s'au văzut bolnave sarcomotoase îngrăşându-se în urma unui tratament general apropriat şi după oprirea metroragiilor cari le-a anemiat. Consistenţa nu este aşà mare ca a fibromului, suprafaţa sa exterioară e deseori boselată şi neregulată. Generalizarea, recidivele nu sunt rare. Creşterea progresivă precum şi bilateralitatea tumorei sunt în favoarea sarcomului. Mult mai rar ca în fibrom menstruaţia rămâne regulată şi normală

Scanned with OKEN Scanner

în tot timpul evoluției, în $^1/_3$ din cazuri se observă o amenoree completă. Dispariția mobilității și inclavarea sunt fenomene tardive. Dar tulburările de compresiune vasculară sau viscerală precum și atingerea stării generale deși se manifestă mai precoce ca în fibrom, sunt totuși și ele semne tardive.

Cancerul. Evoluția e ca și a sarcomului dar mult mai scurtată. Ascita e foarte frequentă și se caracterizează prin aspectul ei hematic. Consistența e dură. Semnele cele mai decisive sunt mersul local și generalizarea neoplasmului. Repeziciunea evoluției, durerile devenite intolerabile, infiltrația vecină, apariția de oedem, cachexie, infecțiunea generală a organismului constitue un tot simptomatic care nu poate lăsà nici o îndoială asupra gravității cazului.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL TUMORILOR SOLIDE ALE OVARULUI

Trebue stabilit un principiu că orice tumoră solidă oricare ar fi natura sa histologică, trebue să fie extirpată. Această necesitate operatorie se bazează pe faptul că varietatea histologică a neoplasmului, prin urmare și pronosticul nu pot fi prezise într'un mod sigur chiar prin examenul clinic cel mai scrupulos. Trebue să spunem ceeace reese de altmintrelea din studiul simptomatologic că la început tumorile maligne sau benigne trec prin aceleași stadii de volum, formă, situație, creștere progresivă mai mult sau mai puțin rapidă, încât este greu de prevăzut care va fi evoluția lor ulterioară. Astfel de teamă că o tumoră care pare benignă să nu fie poate din contră malignă sau să sufere o atare degenerescență, credem că trebue intervenit în toate cazurile.

Multe din aceste tumori, fibroame, sarcoame și cancere iau aspectul clinic de tumori cu evoluție lentă. Se comite adeseori eroarea de a le confunda cu un fibrom benign al uterului său cu un chist banal al ovarului și această eroare încurajează temporizarea care e atât de funestă pentru viața bolnavei.

De sigur că o tumoră solidă care pare a fi un chist al ovarului nu ne va determină la o intervenție grabnică, se va aștepta mai mult sau mai puțin din momentul ce știm

Scanned with OKEN Scanner

că avem a face cu o tumoră benignă. Tot astfel un pretins fibrom al uterului care nu determină fenomene de compresiune, nici multe dureri și dacă suntem într'o epocă apropiată de menopausă îl respectăm.

Evoluțiunea progresivă al acestor tumori solide, degenerescența lor posibilă, sau malignitatea lor reală dar nebănuită, rezultatele excelente și durabile obținute în formele operabile ne fac să înțelegem că e un interes capital de a le diagnostica din vreme și că chirurgul trebue să intervină grabnic și totdeauna.

Ovariotomia dă rezultate excelente, când a fost vorba de un fibrom, prin urmare operațiunea nu e de discutat în acest caz.

Pentru sarcoame după numeroși autori, rezultatele imediate sau tardive ale intervențiunei nu sunt favorabile, ei consideră actul operator plin de insuccese din cauza aderențelor, prelungirilor și dispoziției neoplasmului mai mult sau mai puțin inclavat în pelvis. Langemeister citează cu toate acestea 16 bolnave operate de sarcom și cari au rămas bine chiar după un interval de mai mulți ani. Routier a operat un sarcom drept al ovarului, căruia i-a trebuit 7 ani pentru a evolua. Intervenția fu unilaterală, un an în urmă a avut o sarcină gemelară care a fost fără nici un accident.

Intervenția fiind indiscutabilă, rămâne să ne întrebăm care va fi procedeul operator în caz de tumori unilaterale și care în cele bilaterale?

In tumorile unilaterale când diagnosticul clinic va fi de fibrom atunci extirparea anexială e indicată, când însă tumora va avea un mers malign cum vom proceda? Acì există discuție între autori. Unii susțin *extirparea anexială*. Domnul profesor dr. Angelescu e partizanul acestei intervenții numai dacă se va puteà constată că neoplasmul e limitat la un singur ovar. Alții susțin *castrația utero-ovariană*. Argumentele cari s'ar puteà opune afirmărei celor dintâi

sunt relative la două puncte principale pe care se bazează afirmarea lor.

1. Cei cari susțin extirparea anexială unilaterală spun cum că isterectomia ar fi mult mai gravă. Partizanii castrației aduc probe cum că faptul nu e tocmai așà. Statisticele făcute de Dreyfus în tesa sa dovedesc că numărul moartelor e cu mult superior în urma ovariotomiei, așà că cu multă dreptate se poate zice împreună cu Quénu și Longuet că castrația uterină complimentară ovariotomiei este foarte benignă și legitimă, apoi sunt cazuri când deși uterul pare sănătos macroscopicește, el poate cu toate acestea să fie infiltrat de elemente neoplasice. Cavitatea sa poate conține un neoplasm în primul stadiu de desvoltare.

2. Al doilea motiv pe care îl ridică cei d'întâi pentru a combate partizanii castrației este că prin isterectomia totală se privează femeea tânără de organul dotat cu o funcțiune atât de importantă, deci ar fi contraindicată la femeea tânără. Acestora li se răspunde cu multă dreptate de către cei din categoria a doua că *isterectomia e inevitabilă*. Și pentru ce? Sunt numeroase cazurile în cari deși s'a pus diagnosticul de tumori unilaterale, chirurgul intervenind constată că și celalt ovar e ipertrofiat, mai mult chiar când apare normal la aspectul exterior, examenul microscopic poate descoperì existența unui început de neoplasie. Prin urmare în aceste cazuri ovariotomia dublă ar fi indicată, atunci ne punem întrebarea la ce ar servì uterul? Deci obligațiunes de a castrà femeile tinere, cari prezintă un cancer sau sarcom al ovarului este dar bine stabilită și pare tot așà de necesară ca și extirparea ganglionilor axilari în cancerul sânului pe car· nici un chirurg nu omite s'o facă chiar când prin palpare nu s'a găsit prinderea acestora. Prin urmare s'ar puteà conchide după acești din urmă că castrația utero-anexială e indicată în caz de tumori maligne unilateraele.

Când tumora e bilaterală castrația e indicată fără nici

o discuțiune, precum reese din lucrările d-lui profesor Th. Ionescu[1]) și tesa d-lui Ranson[2]), memoriul Dr. Lenormant[3]) și mai recent tesa d-lui Dr. C. Daniel [4]).

---

1) Th. Ionnesco. Congrès français de chirurgie, 1897, Paris.

2) Ranson. Étude sur l'hysterectomie abdominale appliquée au traitement des kystes et tumeurs solides de l'ovaire, Paris, 1900.

3) Lenormant. Indication de la castration abdominale totale dans le traitement des neoplasmes anexiells. Annales de gynecologie, 1905.

4) Constantin Daniel. Technique opératoire de l'hysterectomie abdominale sus-vaginale dans les lesions bilaterales des annexes, Paris, 1905.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIUNI

OBSERVAȚIA I (personală)

(Din serviciul d-lui Profesor Th. Ionescu).

Fibrom al ovarului drept.

Leanca Dumitru Ploscaru în vârstă de 32 ani, căsătorită, intră în serviciul d-lui Profesor Thoma Ionescu în ziua de 5 Martie 1908.

Antecedente hereditare. Mama trăește și e sănătoasă, tata a murit fără ca bolnava să ne poată spune de ce.

Antecedente colaterale. Are o soră sănătoasă.

Antecedente personale. Nici o boală în copilărie. S'a măritat la 15 ani, menstruația a apărut la 3 luni după măritiș. Venea în fiecare lună și ținea șase zile. N'a rămas niciodată însărcinată.

Doi ani după măritiș bolnava a acuzat dureri în genuchiul drept, dureri însoțite de tumefacația articulației. Un an în urmă ar fi fost incisată, dându-se loc la o scurgere de lichid purulent. S'a vindecat rămânând cu anchiloza genuchiului.

Debutul și istoricul boalei actuale. Boala actuală datează de un an, de când a observat apariția în fosa iliacă dreaptă a unei tumori, care creștea progresiv până acum trei săptămâni când a ajuns la volumul unui cap de foetus. De trei săptămâni abdomenul a început să crească în volum, ajungând în starea în care e acum. In tot acest interval bolnava nu acuză nici dureri, nici tulburări în menstruație. N'a avut nici o tulburare viscerală.

Simptome funcționale. Actualmente bolnava nu acuză

nici o tulburare funcțională, afară de o jenă care îi produce desvoltarea tumorei.

Starea locală. Inspecție. Pântecele mărit de volum în mod regulat cu o ușoară circulație venoasă în regiunea susombilicală. Regiunea subombilicală bombează mai mult decât jumătatea superioară a abdomenului. Flancurile sunt lărgite dând o ușoară aparență de pântece de batracian.

Prin palpare. Se constată în regiunea subombilicală în fosa iliacă dreaptă o tumoră de mărimea unui cap de copil, în fosa iliacă stângă altă tumoră de mărimea unei mici portocale. Tumora din dreapta se mișcă în etajul superior al abdomenului. Consistența tumorei e de o duritate petroasă. Dat fiind mobilitatea ei, se obține cu ușurință senzația de balotare, mica tumoră din stânga e și ea mobilă. Această mobilitate ne face să credem că nu exista aderențe.

Prin percuție se recunoaște că pe când toată zona supraombilicală e sonoră, cu timpanită, zona subombilicală și flancurile sunt mate, mai mult în regiunea flancurilor există ascită în cantitate mare dând senzație de val.

Prin examenul genital se constată: colul mic, corpul uterin mic. In fundurile de sac nu se simte nimic.

Starea generală. Bolnava de constituție mijlocie, țesutul celular subcutanet desvoltat mediocru. A slăbit mult de când s'a îmbolnăvit.

Nimic din partea cordului, pulmonului și aparatului digestiv.

Operația, făcută de d-l Profesor Toma Ionescu la 18 Martie. Se face 0,12 ctg. stovaină intrarachidiană. Incizie mediană supra și subombilicală. Se scurge o cantitate mare de lichid sanguinolent, puțin tulbure, evaluat la trei litri. Se recunoaște atunci că e vorba de o tumoră solidă de dimensiunile unui cap de adult, rotundă de o duritate lemnoasă fără nici o aderentă, prezentând un pedicul de 5—6 cm., inserat la uter. Trompa e dstinctă și aderență la pediculul tumorei, iar ovarul dispărut. E vorba de o tumoră solidă a ovarului drept fără aderente și fixat la uter prin ligamentul utero-ovarian. Anexele opuse sunt sănătoase afară de un mic chist hematic cât o alună.

Se practică histerectomia totală prin procedeul usual fără a se face peritonisație. O meșă introdusă și scoasă prin vagin formează un drenaj peritoneal direct al întregei cavități pentru a permite mai bine scurgerea lichidului.

Scanned with OKEN Scanner

Mersul post-operator. In timpul operației se face 500 gr. ser subcutanat. Pulsul fiind mic îi se face o injecție cu cafeină. In restul zilei acuză dureri și sete. Temperatura și pulsul se menține normal. Prin vagin se scurge mult lichid sanguinolent, ceeace necesită a i se schimbà pansamentul de mai multe ori.

19/III. Pacienta se simte mai bine. Numai acuză dureri. Îi se fac 800 gr. ser subcutanat.

20/III. Se scoate mesa abdominală, dându-se din nou scurgere lichidului sanguinolent. Se face o irigație cu ser și se introduce din nou mesa prin deschiderea vaginală. Starea generală bună. Limba umedă. Numai acuză dureri.

22/III. Starea generală bună. Limba umedă. Puls 120. Temperatura 38°. Se pansează vaginal. Meșele sunt imbibate de secreție sanguinolentă.

23/III. Temperatura menținându-se peste 38° și nefiind explicată de starea locală, se examinează pulmonar și se constată numeroase raluri de congestii la ambii pulmoni. Pacienta tușește. Îi se prescrie o infusie de poligala.

24/III. Tusa a mai diminuat, ralurile însă persistă. Îi se aplică 16 ventuse uscate. Se pansează vaginal. Scurgerea a mai diminuat. Plaga vaginală e sfacelată, se spală larg și se introduce profund o meșă subțire ca să se facă bine drenajul. Se prescrie poțiunea cu digitală.

25/III. Starea generală ameliorată. Pulmonar se aud raluri subcrepitante. Pulsul mai rar și mai plin. Tușește foarte puțin și expectorează. Se repetă poțiunea cu digitală.

26/III. La desfacerea pansamentului se constată câteva picături de puroiu în dreptul firului de argint inferior. Se scoate firul și făcându-se cu foarfeca o deschidere care unește cele 2 orificii de intrare a firului se dă scurgere cam la vre-o 100 gr. puroiu verzui, foarte fetid. Se desinfectează cu apă oxigenată și se introduce o meșă de tifon. Plaga vaginală mult diminuată. Sfacelul eliminat în parte. Starea generală bună. Temperatura și pulsul normal.

28/III. Se scot firele. Reunire per primam, afară de unghiul inferior al plăgei, care desfăcut fiind se găsește o cantitate însemnată de puroiu. Cavitatea formată comunică cu trajectul firului de argint inferior supurat. Se drenează cu 2 tuburi de cauciuc pe unde se spală larg cu apă oxigenată. Se pansează. Plaga vaginală destul de adâncă supurează mult. Starea generală nu e tocmai satisfăcătoare,

Scanned with OKEN Scanner

limba încărcată, ușoară dispnee. Se prescrie un purgativ, o poțiune pectorală și i se aplică ventuse.

29/III. Starea generală ameliorată. Limba umedă.

5/IV. Se schimbă pansamentul. Plaga abdominală curată se cauterizează cu nitrat de argint. Se fac irigațiuni vaginale. Starea generală bună.

8/IV. Plaga vaginală și abdominală complect vindecate. Starea generală bună.

9/IV. Bolnava esă vindecată.

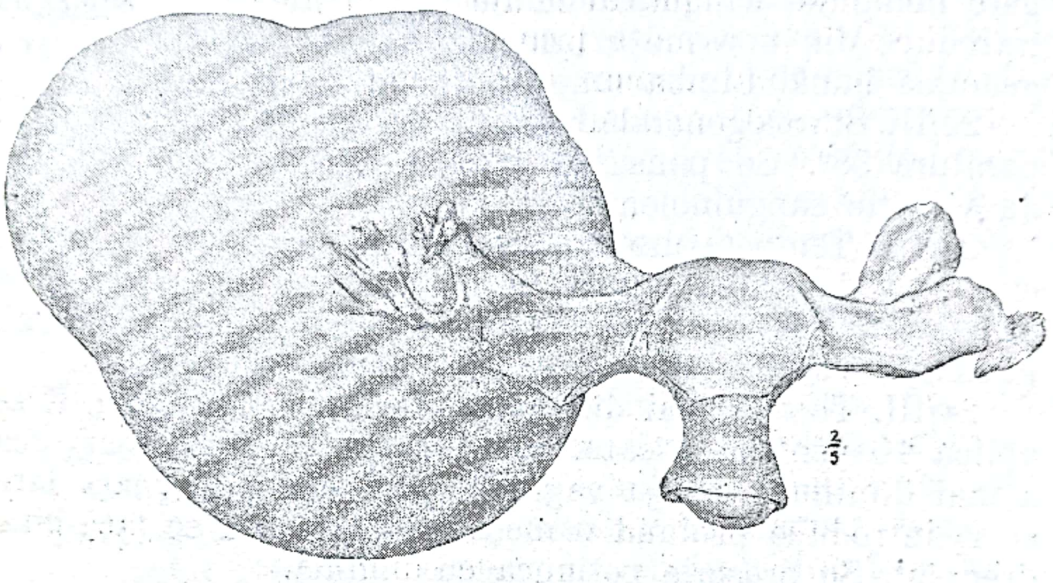


Fig. 1. Fibrom al ovarului drept.

Examenul macroscopic al piesei. (Vezi Fig. I). *Uterul*, puțin mărit de volum. Pe peretele posterior se constată urmele aderențelor. Anexele din stânga mărite de volum.

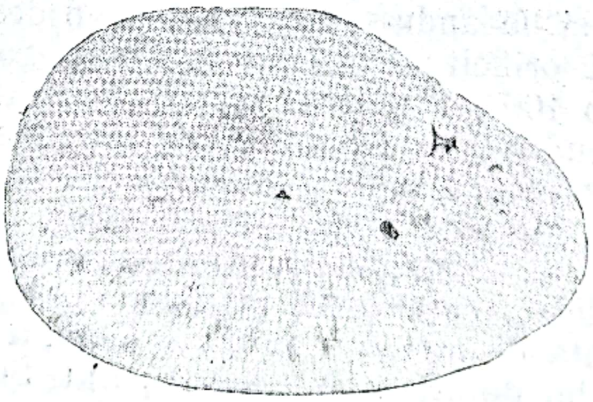


Fig. 2.

Ovarul scleros cu numeroși chiști, dintre cari unul hematic de mărimea unei migdale.

Anexele din dreapta. Trompa mărită de volum, congestionată, liberă însă de tumoră. Ovarul constitue o tumoră de mărimea unui cap de foetus, neregulată, piriformă cu mica extremitate, îndreptată în afară. E lucie la suprafață și prin unele locuri se văd ectasii venoase. La secțiune se constată un țesut des, alb cu formațiuni concentrice. (Vezi Fig. 2).

Examenul microscopic făcut de d-l Dr. Ioan Brückner arată că tumora e exclusiv compusă dintr'un țesut conjunctiv. In unele locuri se văd numeroase celule stelate cu prelungiri luând aspectul celulelor conjunctive din perioada mixoformativă. In alte locuri e un țesut conjunctiv mai bătrân, cu fibrele dispuse în fasciculi foarte largi și celule conjunctive de tipul fusiform.

OBSERVAȚIA II

(Din serviciul d-lui Profesor Thoma Ionescu).

Fibromiom al ovarului stâng.

Priva David Moise, de 45 ani, intră în ziua de 24 Aprilie 1905 în serviciul d-lui prof. Toma Ionescu.

Antecedente hereditare și colaterale. Mama a murit la o vârstă foarte înaintată, nu știe de ce. Tata trăește și e sănătos. Nimic patologic la colaterale.

Antecedente personale. Neagă orice boală contagioasă atât în copilărie cât și ca adolescentă, afară de câtevà accese palustre în câtevà rânduri. Menstruată pentru prima oară la etatea de 15 ani, menstruele durau 3—4 zile, puțin dureroase. Căsătorită la vârsta de 18 ani, a făcut 8 copii cari trăesc și sunt sănătoși. Ultimul copil l'a avut acum 8 ani.

Istoricul boalei actuale. Dela nașterea ultimului copil a observat că menstruația a început să dureze câte cinci zile, în care timp curgea continuu. De un an a început să-i crească pântecele, în acelaș timp a simțit și o durere la stânga. Menstruele țineau cinci zile și erau destul de abundente. De trei săptămâni se accentuară durerile, iradiindu-se în coapsa de partea stângă și în lombe. Durerile au început s'o tortureze ziua și noaptea; de o săptămână sunt chiar foarte violente.

Simptomele funcționale: hemoragii și dureri în fosa iliacă stângă. Durerile sunt spontane și la presiune. Ele se iradiază în lombe și în coapsa stângă.

Starea locală. La inspecție pântecele e mărit de volum cu tegumentele nealterate, nici o urmă de circulație venoasă.

Prin *palpație* ne dăm seama de existența unei tumori în stânga de mărimea unui cap de adult cu suprafața regulată, puțin mobilă în sus și în sens transversal. Ușor delimitabilă. Prin *percuție* se constată matitate pe flancuri și pe linia mediană până sub ombilic, matitate deplasabilă cu poziția bolnavei. Se percepe senzația de val într'un mod vag.

Prin tactul vaginal se constată: cistocel, rectocel. Fundul uterului e înapoia pubisului. Imprimând mișcări tumorei, ele se transmit net colului. *Starea generală*. Bună.

Operația e făcută de d-l Profesor Thoma Ionescu în ziua de 3 Maiu 1905. Se face laparatomie. La deschiderea cavității abdominale se dă de o tumoră care ține de ovarul stâng și care e aderentă de uter. Se procedează la histerectomia totală. Cavitatea abdominală se închide cu fire de argint.

Mersul post operator: normal. In ziua de 14 Maiu se

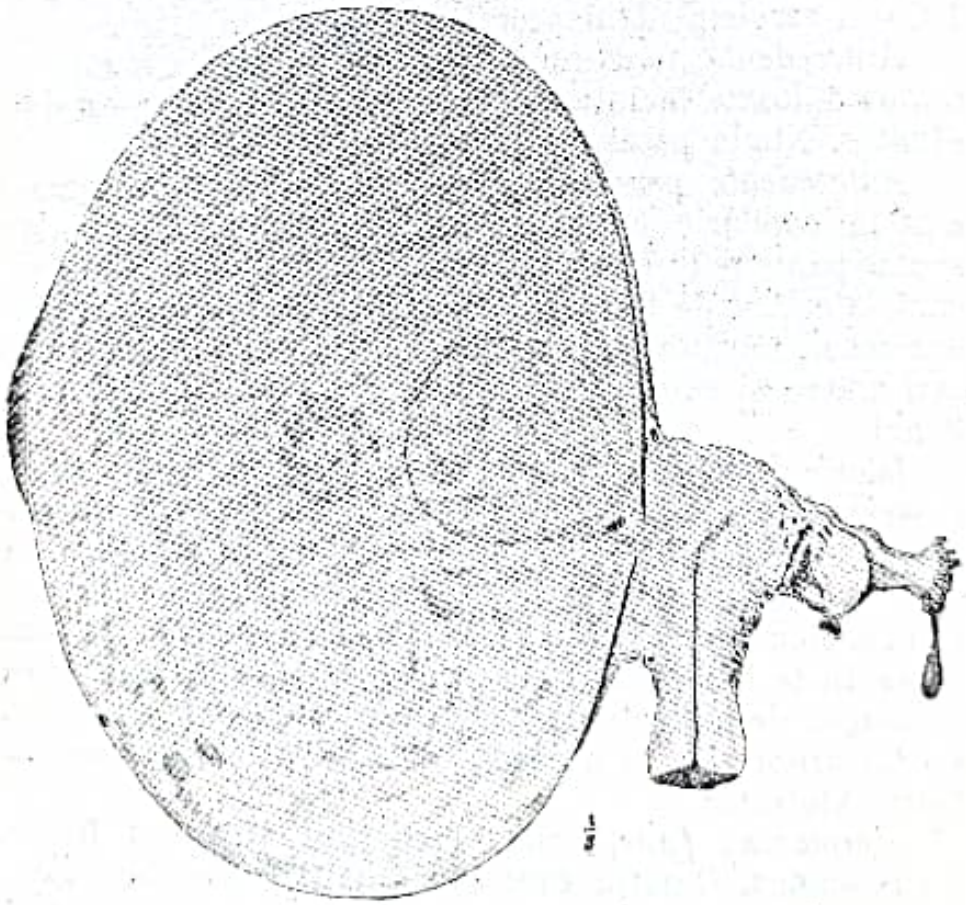


Fig. 3. Fibromiom al ovarului stâng.

Scanned with OKEN Scanner

scot firele, iar în ziua de 21 Maiu e concediată fiind complect vindecată.

Examenul piesei a fost făcut de d-l doctor Ioan Bruckner. D-sa constată următoarele: ovarul stâng are mărimea unui cap de adult acoperit de un peritoneu luciu, care lasă să se vadă prin transparență câteva vene varicoase. Pe partea lui anterioară și superioară se vede șerpuind trompa care este dilatată aproape cât auricularul conținând și puțin lichid citrin. Tumora se prezintă la secțiune ca un țesut, dens, alb, ușor văzut, care scârțîe sub cuțit, și amintește perfect prin aspect fibromioamele uterine, uterul puțin mărit de volum, colul intredeschis, cavitatea uterină liberă, acoperită de o mucoasă puțin iperemiată. Anexele din dreapta nu prezintă nimic particular. (Vezi Fig. 3).

Microscopicește. Tumora se arată a fi compusă din fibre musculare netede cu aspect absolut caracteristic circumscrise de bande de țesut conjunctiv adult.

OBSERVAȚIA III

(Din serviciul d-lui prof. Th. Ionescu)

Carcinom al ovarului drept cu punct de plecare dintr'un papilom proliferant exogen.

Maranda N. Blănaru de 47 ani intră în serviciul d-lui prof. Toma Ionescu, în ziua de 1 Februarie anul 1903.

Antecedente hereditare. Nimic important.

Antecedente colaterale. Au fost 4 copii la părinți. Doi au murit.

Antecedente personale. In copilărie a suferit de vărsat, paludism. Măritată la 14 ani, rămâne însărcinată, după două luni avortează și după patru săptămâni dela avort îi apare prima menstruație însoțită de greață, dureri în ipogastru, fosele iliace și coapse. Menstruația a durat 7 zile. De acî înainte menstruele s'au succedat regulat la 4 săptămâni, ținând tot câte 7 zile până la etatea de 30 ani. Bolnava n'a mai conceput după avort. De la vârsta de 30 ani, timp de 12 ani incontinu menstruația îi apărea la 6—7 săptămâni și dura numai o zi. In tot acest timp bolnava acuză dureri în fosele iliace și în ipogastru. Deseori eră nevoită să stea în pat, nefiind capabilă să facă ceva.

Istoricul boalei. Acum trei ani bolnava ne spune că a simțit în fosa iliacă dreaptă dureri. Durerile i-au atras

atenția asupra regiunei și atunci spre marea ei mirare observă apariția unei tumori de mărimea pumnului, care a crescut progresiv ajungând la volumul pe care îl are acum. In acest interval menstruele veneau la perioade neregulate, durând o zi, sau și mai puțin. In acelaș timp apare o scurgere albă care îi pătă rufele și care îi producea usturimi la micțiune. A avut inapetență.

Starea prezentă. Simptome funcționale. Acuză dureri în fosa iliacă dreaptă Are leucoree și o ușoară amenoree. Ușor constipată. Micțiunile frequente.

Simptomele fizice. Prin *inspecție* observăm că tot abdomenul e balonat. Balonarea e mai pronunțată în dreapta. Cicatricea ombilicală proeminentă. Circulațiunea venoasă abundentă și se întinde și în partea stângă a toracelui. Prin *palpație* constatăm o vastă tumoră ce ocupă întreg abdomenul. Tumora poate fi bine delimitată în regiunea ambelor fose iliace și ambelor ipochondre nu însă și în flancuri. Pelea nu e aderentă de tumoră care e mobilă, ușor boselată în regiunea ipogastrică și fosele iliace. De consistență dură afară de unele părți din jurul ombilicului unde e cevà mai moale. Prin *presiune*, bolnava acuză dureri în fose și în flancuri. Se percepe o ușoară sensație de val. Prin *percuție* constatăm matitate complectă afară de flancul stâng unde persistă o ușoară sonoritate. Organele genitale externe nu prezintă nimic anormal. Fundurile de sac vaginale sunt normale. Colul uterin puțin deviat spre dreapta, de consistență normală cu orificiul mic ovalar. Corpul uterului nu se simte din cauza tumorei, e deviat spre stânga. Anexele stângi nu se simt prin tușeu.

Starea generală Bolnava slăbită cu țesutul celular grăsos dispărut. Musculatura foarte puțin desvoltată.

Nimic important din partea cordului și pulmonului.

Operația. Se face de către d-l profesor Toma Ionescu, în ziua de 24 Februarie 1903. Se începe prin laparatomie sub și supraombilicală. După rezecțiunea liniei albe, se constată că aderențe solide fixează tumora de peretele anterior al abdomenului. Se mărește incizia până la apendicele xifoid și mâna introdusă d'asupra tumorei face ca aceasta să fie enucleată printre buzele plăgei. Tumora erà desvoltată în ovarul drept. O pensă aplicată pe pedicul, ușurează extirparea ei, după care se constată că întreg peritoneul pelvian și al fosei iliace stângi ca și cel de pe fața anterioară a abdomenului este infiltrat cu mici noduli

Scanned with OKEN Scanner

epiteliomatoși. Insăși uterul prezintă pe suprafața sa asemenea noduli epiteliomatoși. Acești noduli sunt extirpați, în care timp se face o plagă a beșicei, plagă care a fost cusută în etaje cu fire de coardă. Se practică o incizie a fundului de sac posterior prin care se introduce o meșă în vagin. Inchiderea peretelui abdominal s'a făcut cu fire de argint. Se introduce o sondă Pezzer permanentă.

Mersul postoperator: Deșteptându-se, bolnava e agitată. Pulsul e mic. Se face 500 gr. ser subcutanat. Are greață vărsături. Acuză dureri în pântece.

25 Februarie. Temperatura matinală 36°. Pulsul 92, slab. Se face 400 gr. ser. Nu mai are greață. De 3 ori pe zi se administrează spălături vesicale.

26 Februarie. Temperatura 37. Puls 107. Limba uscată. Dureri în pântece. Se face 500 gr. ser. Se scoate meșa din vagin îmbibată cu sânge, se spală cu ser și se pune alta. Se continuă spălăturile vesicale.

27 Februarie. Temperatura și pulsul bun. Starea generală mult îmbunătățită.

2 *Martie.* Starea generală bună. Tușește puțin. Pansament vaginal și spălături vesicale cu permanganat de K.

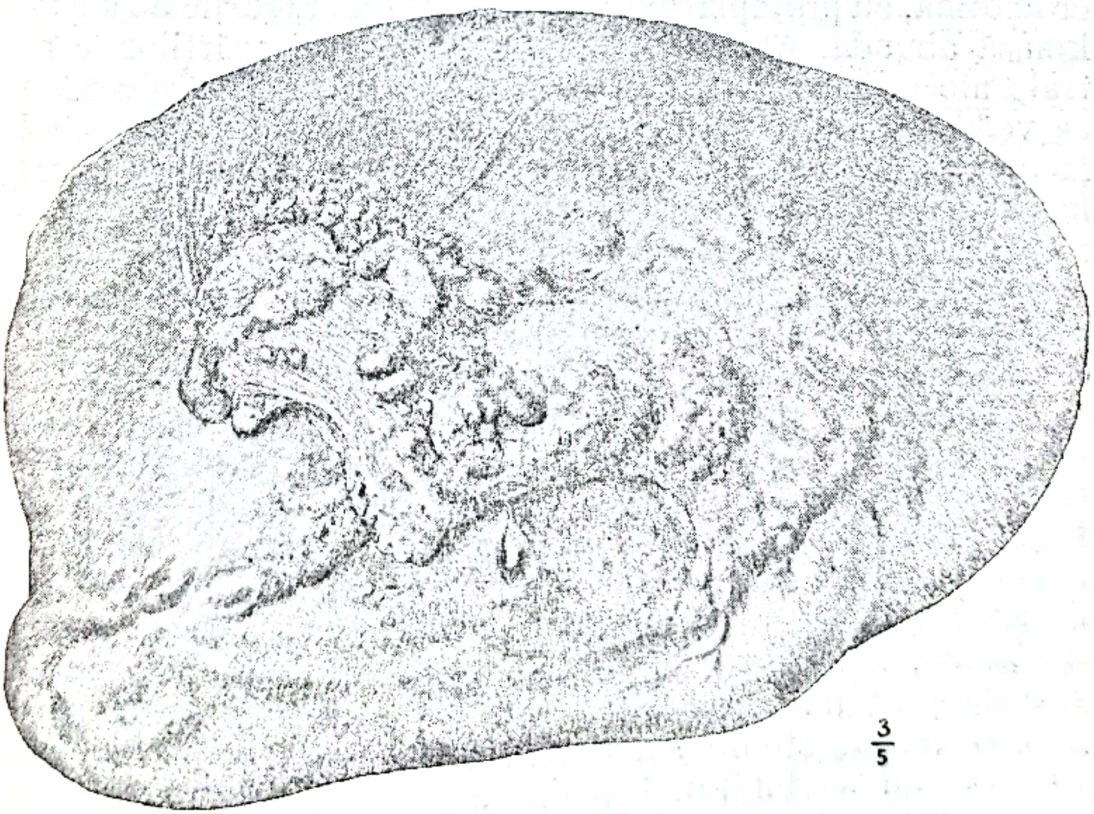


Fig. 4. Carcinom al ovarului dropt.

Scanned with OKEN Scanner

3 Martie. S'au scos firele de setolină. Plaga abdominală și vaginală complect reunite.

12 Martie. Concediată vindecată.

Examenul piesei atât macroscopic cât și microscopic a fost făcut de de d-l *Dr. I. Bruckner* D-sa constată că tumora e de mărimea unui cap de adult de formă ovoidă și cu un conținut lichid foarte abundent care se simte foarte bine. Fața inferioară netedă, lucioasă este străbătută transversal de un cilindru mai umflat la un capăt care se dirijează către fața superioară, e plin cu lichid și comunică cu marea cavitate a tumorei. Fața superioară e acoperită cu o serie de tumori mici cât o alună ajungând până la volumul unei nuci mari, ușor neregulate, moi la secțiune, de coloare albă lăptoasă și prin radere dau foarte mult suc. Conținutul tumorei e un lichid citrin, ușor, cleios. Cavitatea tumorei prezintă pereți absolut netezi. Observând cu atențiune tumorile mici, se văd la suprafața lor niște prelungiri fine, ca un fir de ață, lungi de 3 4—5 mm. și aderente numai printr'un singur capăt. (Vezi Fig. 4).

Microscopicește tumora are un aspect destul de curios. Cordoane enorme mai mult sau mai puțin cilindrice pline cu celule mari, cu nuclelul ovoid, destul de bogate în cromotină, cu protoplasma rău deilimitată. Figurile de kariokineză abundă. Atențiunea e atrasă asupra părților centrale ale acestor cordoane. In aceste părți în fiecare cordon se vede un vas compus dintr'un perete subțire endotelial înconjurat de un manșon gros de țesut conjunctiv, bogat în celule fusiforme, dispuse concentric și presărate cu numeroase celule plasmatice și foarte rare *mastzellen.* In contact intim cu acest manșon conjunctiv printr'o delimitare bruscă se dispun circular celulele tumorei. In multe locuri mai cu seamă la periferia cordoanelor foarte groase se văd necrose mai mult sau mai puține intense în care părți tumora se prezintă ca o magmă granuloasă cu foarte multe fragmente nucleare, care prind încă colorile respective. Explicarea genesei acestei tumori o dă examinarea firicelelor aderente de tumoră și descrise mai sus. In adevăr, fiecare firicel se prezintă compus dintr'un simplu perete endotelial, înconjurat de un manșon conjunctiv cu caracterele descrise mai sus. Iar la suprafața acestui țesut conjunctiv se găsește un singur strat de celule epiteliale turtite ca un endoteliu. Din distanță în distanță, mai ales în punctul unde acestefiricele din cauza flexiunei vasului

descriu oarecari curburi epiteliul devine cubic, protoplasma celulelor se confundă, iar nucleii se înmulțesc dispunându-se în mai multe rânduri neregulate formând o celulă gigantă foarte asemănătoare cu celulele plasmodiale placentare.

Alte firicele sau vilosități se prezintă cu epiteliul cubic dispus în mai multe straturi, iar dacă două sau mai multe vilosități sunt alăturate, epiteliul lor se confundă formând o tumoră mică cu aspectul tumorei mari descrise care de altfel se prezintă cu caracterele unui carcinom. Prin urmare avem de a face cu o tumoră solidă care la începutul ei are aerul de a fi un simplu papilom proliferant exogen. Proliferarea epitelului se face în lungul unui ax vascular. Confundarea însă în locuri mari al acestor papiloame dă naștere la tumori mari cu structura veritabilă carcinomotoasă, în care tipul papilomatos a dispărut complect. Numai grație studiului acestor vilosități s'a putut stabili genesa acestei tumori și dispoziționea atât de particulară a vaselor înconjurate de un manșon gros conjunctiv în mijlocul cordoanelor neoplasice.

OBSERVAȚIA IV

Endoteliom al ovarului stâng

(Dr. I. Bruckner Rev. de Gynécologie 1901).

M. I. E. de 44 ani intră în serviciul d-lui prof. Th. Ionescu la 15 Aprilie 1900. Antecedentele hereditare nule. Friguri în copilărie. Menstruată pentru prima dată la 15 ani, după câteva luni de întrerupere, menstruele s'au succedat regulat și fără dureri în cantitate abundentă. Măritată la 18 ani, a avut 11 sarcini, dintre cari 2 avorturi, 4 copii au murit în prima copilărie, ceilalți sunt sănătoși. Menopausă de 8 ani.

Istoricul boalei. De 2 ani a observat apariția unei tumori în pântece, în acelaș timp aveà micțiuni frequente, n'a avut metroragii. Tumora mărindu-se încet, totdeauna fără dureri, a făcut-o să pretindă o intervenție chirurgicală.

Starea prezentă. Bolnava robustă, bine desvoltată, starea generală excelentă. Nimic din partea organelor toracice. Ficatul și splina normale. Nici o tulburare digestivă. N'are ascită. Prin palpare se constată în ipogastru o tumoră, care ocupă $^1/_2$ inferioară limitată prin ombilic și pubis, Tumora e dură nu se desemnează sub peretele abdominal.

cu suprafață neregulată, sensibilă la presiune, mobilă și care pare că se continuă în pelvis printr'o porțiune mai subțire. *Examenul vaginal* dă indicațiile următoare: Vagin profund, colul mic, cilindric, orificiul transversal neregulat. Fundurile de sac libere și foarte profunde. Prin tușeu se simte turmora. Mișcările imprimate prin abdomen se transmit asupra colului. Corpul uterului și anexele sunt imposibile de delimitat. Diagnosticul, care se impune eră acela de fibrom având în vedere evoluția lentă, absența tulburărilor generale și semnele culese prin examen, care ne indică o tumoră dură cu suprafața puțin neregulată, făcând corp cu uterul și desvoltate pe linia mediană. Ganglionii lipseau.

Operația se face la 28 Aprilie de către d-l Profesor Thoma Ionescu. Se constată o tumoră mare cât un cap de foetus desvoltată la nivelul ovarului stâng. Pe uter se disting două tumorete cari par a fi grefe neoplasice. Se procedează la hysterectomia abdominală totală. Reunire per primam.

Examenul macroscopic al piesei. Tumora desvoltată la nivelul ovarului stâng, de mărimea unui cap de foetus, are o formă neregulat ovoidă, lobulată de coloare rosacee. Fiecare lob prezintă la suprafața sa un număr de mameloane de dimensiuni variabile, destul de dure și de o coloare albicioasă. Se remarcă la polul superior al tumorei un chist mare de coloare violacee, cu conținutul gelatinos și negricios; diseminate la suprafața tumorei se găsesc încă alte chiste de dimensiuni mai mici, întrecând rar dimensiunile unei nuci, cu conținut gelatinos de coloare gălbue.

Tumora este în totalitate învelită într'o capsulă fină, acoperită de un endoteliu intact, care îi dă un aspect lucitor, reamintind pe acel al seroasei peritoneale; se observă o cantitate de arborisații vasculare la suprafața tumorei, imediat sub capsulă.

Neoplasia este de o consistență dură, aproape lemnoasă ca și un fibrom.

La secțiune se constată că este constituită în cea mai mare parte dintr'un țesut simili-conjunctiv, dispus în fascicule mai mult sau mai puțin radiate, altele limitează chiste cu conținut coloid. La periferia tumorei țesutul este foarte alb, dur, scârție sub cuțit; prin radere se obține un suc clar conținând câteva elemente figurate.

In centrul tumorei țesutul are o consistență mai moale.

Scanned with OKEN Scanner

Tumora era unită cu corpul uterului prin câteva aderențe cari fură distruse cu ușurință.

La prima vedere am crezut că este un simplu fibrom oedematiat dar examinând anexele din partea dreaptă, alte semne m'au pus pe cale. Ovarul drept cu totul mic și scleros n'are aspectul franc a unui sâmbure de persică, el e' lobulat mamelonat ca și tumora din stânga, dar în miniatură; secționându-l aspectul cupei reamintește destul de bine pe aceea a tumorei; afară de aceasta este mai puțin dur, mai puțin albicios și mai suculent ca de obiceiu.

In fine un fapt care m'a făcut să bănuesc natura malignă a tumorei este existența celor două mici tumori pe uter.

Examen microscopic. Tumora din stânga, secțiunea interesează periferia, imediat sub capsulă. La un slab grosisment se vede că este constituită din cavități de mărime inegală și de o formă neregulată mai mult sau mai puțin umplute cu celule mari în cantitate variabilă.

Se găsesc alături de cavitățile mici și aproape pline cu celule, altele enorme și aproape goale.

Aceste cavități sunt separate printr'un țesut conjunctiv foarte dens bogat în nuclei fusiformi. Acest țesut interstițial variază ca cantitate. Pe alocurea este extrem de abundent, alteori nu este reprezentat decât prin câtevà fibrile așà că cavitățile se ating aproape prin pereții lor.

Cavitățile conțin celule mari, cari variază ca cantitate, așâ micile cavități sunt pline cu celule, cele mari sunt sărace.

Se găsesc încă atât în centrul cât și la periferia tumorei cavități și mai mici, dar astupate complect de celule. Aceste cavități formează adevărate cordoane celulare.

Vasele sunt destul de numeroase cu peretele subțire, pline cu sânge și complect independente de tumoră.

Cu un grosisment mai mare se constată un detaliu foarte important. Cavitățile descrise sunt niște spații limitate de un țesut conjunctiv tapetat de o pătură celulară. Elementele cari compun această pătură nu se aseamănă pretutindeni; acì sunt celule lungărețe situate într'un singur strat și imitând în totul endoteliul unei seroase, în altă parte celulele sunt cilindrice sau dispuse cu totul neregulat. In unele cavități se poate urmări multiplicarea celulelor acestui înveliș; așà se poate vedeà cum se dispun în mai multe straturi și cum în fine umplu întreaga cavitate. Cavitățile

descrise reamintesc prin aspectul lor spații limfatice. Această tumoră prezintă încă în foarte numeroase părți semne de degenerescență. Această degenerescență constă într'o tendință la vacuolizare, care schimbă pe alocurea aspectul tumorei. Acest proces se observă chiar în părțile tinere ale tumorei, unde e ușor de observat formațiuni pseudo-cavitare, căci conțin o masă granuloasă slab colorată.

In ovarul stâng se găsesc aceleași leziuni.

Tumoretele de pe uter au aceiași constituție neoplasică.

OBSERVAȚIA V

(Din serviciul d-lui prof. Th. Ionescu)

Angiosarcom cu varietatea periteliom al ovarului drept

M. B. în vârstă de 48 ani, intră în serviciul al II-lea chirurgical la 15 Aprilie 1905.

Antecedente hereditare. Nimic important.

Antec. personale. Menstruată la 13 ani. Măritată la 18 ani. A avut 3 copii. Dela vârsta de 30 ani, a început să aibă tulburări menstruale. Menstruația venia la 2—3 luni; dura o zi și uneori și mai puțin.

Istoricul boalei. De vreo cinci ani nu mai are menstruația, în acelaș timp constată apariția unei mici tumori în fosa iliacă dreaptă. Bolnava e slăbită.

Starea presentă. Prin inspecție se constată că pântecele e mărit de volum. Prin palpare se percepe senzația de val, și în fosa iliacă dreaptă se dă de o tumoră de mărimea unui pumn. Prin tactul vaginal se simte în fundul de sac lateral drept o masă dură, neregulată de mărimea unui pumn.

Uterul mare. Nimic la anexele din stânga.

5 Mai. Se face de d-nul prof. Th. Ionescu hyst erectomia abdominală totală. Reunirea per primam. *Prin examenul anatomo-patologic* făcut de d-nul *dr. I. Brückner* se constată: (Vezi Fig. 5)

Uterul foarte mare, piriform, măsoară 12 ctm. în diametru longitudinal și 10 ctm. în cel transversal. Suprafața sa e netedă, peritoneul care îl acoperă e subțire iar parametrul către col e liber. Colul mărit, orificiul intredeschis mucoasa cevà mai injectată. Cavitatea liberă. Peretele muscular foarte îngroșat, la nivelul corpului măsoară 3 ctm.

Scanned with OKEN Scanner

diametru; la nivelul colului 2 ctm. Musculatura dură, scârțâe sub cuțit. Anexele din stânga sunt absolut normale. Trompa liberă, ușor flexuoasă. Ovarul mic cât un sâmbure de persică. Anexele din dreapta au un aspect particular, trompa foarte flexuoasă cu frangele contopite. Hidatida pediculată prezentă și liberă, ligamentul mai scurt, ovarul

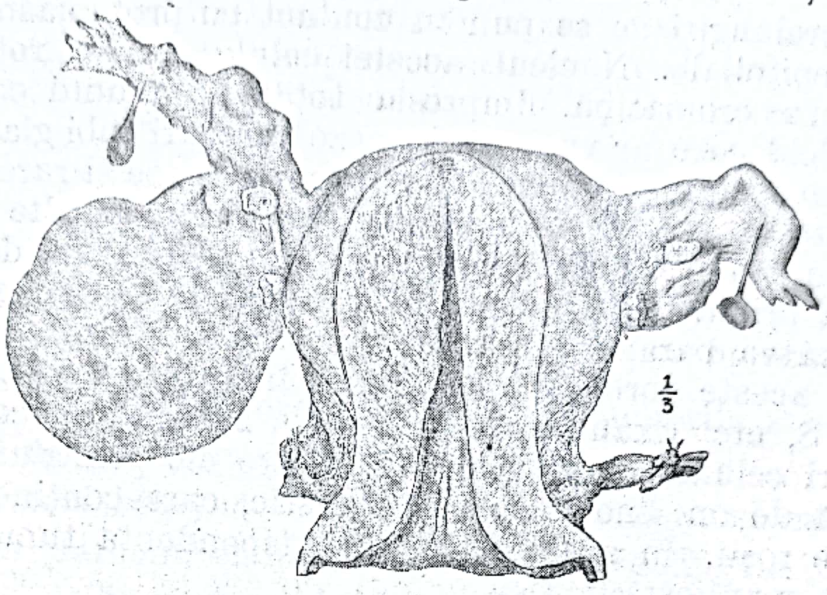


Fig. 5. Angiosarcom cu varietatea periteliom al ovarului drept.

aproape de mărimea unui pumn ușor neregulată, se separă în 2 porțiuni destul de nete: o mică porțiune superioară subțire amintește prin aspect ovarul normal, porțiunea inferioară cea mai mare e ușor neregulată acoperită de un epiteliu luciu și are o coloare gălbue roșcată care se deosibește enorm de coloarea cenușie a porțiunei superioare.

La secțiune, tumora apare ca o masă pulpoasă, mărișor granulată, de coloare galbenă-roșie, dă mult suc lăptos prin radare. Pe unele locuri se dă de noduli mai galbeni, mai consistenți, de mărimea unui bob de mazăre. In interiorul tumorei se văd mase mari pline cu chiaguri. Pe o secțiune transversală complectă, se vede că porțiunea care amintește ovarul normal formează o căciulă, a cărei perete se subțiază pe măsură ce acoperă tumora. Neoplasmul aderă foarte puțin la albuginee, de care se detașează foarte ușor, lăsând foarte mici porțiuni aderente.

Microscopicește. In cele mai multe părți se prezintă ca mase mari celulare, rotunde sau ovalare, comprimate unele de altele și separate între ele prin bande de țesut conjunctiv destul de bogat în celule. Celulele cari compun tu-

mora au un nucleu mare, palid colorat, cu protoplasmă puțină.

Pe unele locuri se văd niște cavități pseudoglandulare, tapisate de un epiteliu cilindric, destul de regulat, iar cavitatea uneori e liberă, iar alteori e ocupată de o singură celulă, cu protoplasma mult mai mare, omogenă, care trimite prelungiri ce se pun în contact cu protoplasma celulelor epiteliale. Nucleul acestei celule e mic, rotund și bogat în cromatină. Impresia totală e a unui carcinom encefaloid care ar vrea să formeze oarecari tubi glandulari.

In această regiune vasele sunt numeroase și rareori sunt tapetate cu o zonă celulară perivasculară. In alte părți se văd cordoane celulare compuse din 2 rânduri de celule cari la prima vedere par lipite între ele și cari șerpuesc într-u câtva paralel, amintind grosolan substanța medulară renală aceste cordoane fac brusce încovoituri descriind un U, un S, etc. Examinând cu atenție se vede că cele două straturi celulare sunt despărțite între ele printr'un spațiu tapetat de un endoteliu caracteristic, care conține câteva globule roșii. In această regiune dependența tumoarei de vase e manifestă.

In țesutul conjunctiv care învelește tumora se văd o serie de crăpături paralele cari conțin globule roșii și leucocite foarte bine conservate, din care cauză s'ar părea că nu e vorba de o emoragie difusă ci de o adevărată circulație cu punct de întrebare. Coloarea galbenă descrisă în părțile centrale e datorită unei degenerescențe grăsoase a celulelor tumoarei.

CONCLUSIUNI

I. Ca și în celalte organe și glande, tumorile solide ale ovarului se pot împărți în două grupuri:

a) *Tumori benigne*: fibrom, miom; b) *Tumori maligne*: epiteliom, sarcom, endoteliom. La aceste adăugăm o a 3-a categorie de tumori solide, *tumorile papilare*, cari fac o transiție clinică între cele 2 diviziuni precedente.

II. *Tumorile benigne* constitue formațiuni mai mult sau mai puțin dure, boselate, mobile, de volum variabil, nedând la început naștere la nici o alterațiune a stărei generale. Evoluțiunea lor cuprinde două stadii: unul ocult, când ceeace predomină mai mult sunt simptomele funcționale, caracterizate prin tulburări de menstruație și dureri; al doilea stadiu când semnele fizice își fac apariția lor, urmate apoi când tumora e dejà voluminoasă de fenomene de compresiune asupra nervilor, viscerelor, și vaselor vecine.

III. Evoluția *tumorilor maligne* se poate împărți în trei perioade: o perioadă inițială caracterizată prin tulburări menstruale, dureri; o perioadă staționară în care semnele fizice devin manifeste (tumori care ocupă unul sau mai multe funduri de sac, aderând cu organele vecine și determinând prin volumul lor fenomene de compresiune); în fine o perioadă terminală caracterizată prin creșterea enormă a tumorei, generalizare cachexie și oedeme.

Scanned with OKEN Scanner

IV. Fiind imposibil de a cunoaște de la început care va fi evoluția ulterioară a tumorei, intervenția va fi indicată imediat ce vom pune diagnosticul. In tumorile unilaterale cu evoluția benignă vom face *ovariotomia*; iar în cele unilaterale însă cu caracter malign, sau când tumora e bilaterală *hysterectomia abdominală totală* e indicată fără nici o discuție.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei
Prof. Dr. TH. IONESCU

Decanul Facultății
Prof. Dr. TH. IONESCU

In afară de subiectul tezei, candidatul este obligat a răspunde la orice chestiune medicală, ce i se va pune de către comisia examinatoare.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Bourgouin. Thèse de Paris, 1904.

Bruckner. De l'endothéliome de l'ovaire. (Revue de Gynécologie, 1902, No. 3, p. 459).

C. Daniel. Téchnique opératoire de l'hysterectomie abdominale susvaginale des annexes. Thèse de Paris, 1905.

Cealâc. Sarcom dublu al ovarului. Revista de Chirurgie Bucureşti, 1904, VII, p. 85.

Coudert. Les grossesses compliquées des tumeurs solides de l'ovaire. Thèse de Paris, 1904.

Dartigues. Études sur les tumeurs solides de l'ovaire (Rev. de Gyn. 1899, No. 4, 5, 6).

Dreyfus. Thèse de Paris, 1907.

Jouin. Thèse de Paris, 1898.

Krukenberg. Perithelioma. (Zeitschr. f. Geb. und. Gyn. V, 1901, 383).

Ladouce. Sarcome de l'ovaire. Thèse de Paris, 1890.

Massabuau. Cancer épithélial primitiv de l'ovaire. Thèse Montpellier, 1906.

Martin. Die Krankheiten der Eierstöcke.

Nadig. Ueber Carcinommetastasen in beiden Ovarien. Thèse de Zurich, 1900.

Poirier et Charpy. Traité d'anatomie.

Pick. Die von den Endothelien ausgehenden Geshwülste des Eierstocks. (Berl. Klin. Voch; 1894, No. 45 şi 46).

Ranson. Études sur l'hystéréctomie abdominale appliqué au traitement des kystes et tumeurs solides de l'ovaire.

S. Pozzi. Traité de Gynécologie. (Vol. II).

Th. Ionescu. Perithéliome primitif des ovaires avec metastase dans l'epiploon. Hystérectomie, abdominale totale Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Bucarest. Tome V, No. 23, pag. 115.

Ziegler. Anatomie Pathologique, Vol. II.

Scanned with OKEN Scanner

Tip. GUTENBERG, Joseph Göbl, str. Doamnei, 20.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTĂTEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1034

CONTRIBUŢIUNI

LA

STUDIUL CUREI RADICALE

AL

HEMOROIZILOR

(Procedeul Whitehead modificat de D-l Prof. Dr. Angelescu)

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 27. JUN. 1908

DE

ION I. LĂSCĂRESCU

BUCURESCI

TIPOGRAFIA G. A. LAZAREANU

3 Strada Episcopiei 3

1908.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: D-nul Profesor Dr. Thoma Ionescu

Profesori:

Clinica III-a chirurgicală	D-l	Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	»	»	*Athanasescu N.*
Anatomia patologică Bacteriologia și patologia experimentală	»	»	*Babeș V.*
Clinica II-a medicală	»	»	*Buicliu Chr.*
Medicina experimentală	»	»	*Cantacuzino I.*
Medicina operatorie	»	»	*Demosthene Ath.*
Clinica și teoria obstetricală	»	»	*Drăghiescu D.*
Anatomia topografică și Clinica II-a chirurgicală	»	»	*Ionescu Th.*
Farmacologia și clinica terapeutică	»	»	*Măldărescu N.*
Oftalmologia și clinica oftalmologică	»	»	*Manolescu N.*
Clinica boalelor nervoase	»	»	*Marinescu Gh.*
Medicina legală	»	»	*Minovici M*
Fizica medicală	»	»	*Miculescu C.*
Istologia normală și Embriologie	»	»	*Obregia Al.*
Fiziologia umană	»	»	*Paulescu N.*
Clinica dermatologică și sifiligrafică	»	»	*Petrini-Galatz M.*
Anatomia descriptivă	»	»	*Petrini-Paul*
Patologia generală	»	»	*Proca Gh.*
Patologia chirurgicală, bandaje și aparate de fracturi	»	»	*Rômniceanu Gr.*
Clinica I-a chirurgicală	»	»	*Severeanu C.*
Zoologia medicală	»	»	*Sihleanu St.*
Igiena și poliția sanitară	»	»	*Sion V.*
Clinica I-a medicală	»	»	*Stoicescu Gh.*
Clinica mentală	»	»	*Sutzu Al.*
Terapeutica experimentelă	»	»	*Theohari A.*
Clinica infantilă	»	»	*Thomescu C. N.*
Patologia medicală	»	»	*Thomescu T. I.*
Botanica medicală	»	»	*Vlădescu M.*

Agregați:

Clinica boalelor oto-rino-laringologice	D-l	Dr.	*Felix Eug.*
Farmacia chimică și galenică	»	»	*Georgescu M.*
Anatomia topografică	»	»	*Gerota D.*
Chimia analitică	»	»	*Minovici St.*
Clinica III-a medicală	»	»	*Nanu-Muscel I.*

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte:	D-nul	Profesor	Dr. C. ANGELESCU.
Membrii:	»	»	C. SEVEREANU.
	»	»	ATH. DEMOSTENE
	»	»	TH. IONESCU.
	»	Agregat	D. GEROTA.
Suplinitor:	»	Docent	RACOVICEANU PITEȘTI.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima nici aprobare, nici desaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

Așa cum se practică cura radicală a hemoroizilor în serviciul d-lui Prof. Dr. C. Angelescu, formează cu drept cuvânt, o modificare însemnată, pe care n'am găsit-o descrisă în altă parte.

Procedeul urmat, este acel al lui Whitehead modificat astfel, ca să înlesnească timpii operatori.

Ni s'a părut interesant a raporta puținele observațiuni pe care putem totuși a ne baza, spre a descri amănunțit această metodă modificată.

După ce voi descri succint procedeul Whitehead voi arăta modificările ce le-a primit și voi termina, arătând amănunțit pe acelea aduse de d-l Prof. Dr. Angelescu.

Pentru buna voință ce mi-a arătat procurându-mi acest subiect, și pentru onoarea ce-mi face prezidându-mi Teza, rog pe d-l **Profesor Dr. Angelescu** *a primi viile mele mulțumiri.*

Domnilor Profesori și Șefi de Serviciu de spitale, pentru interesul ce ni'l poartă și pentru instrucțiunea dată, le manifest sentimentele de profundă recunoștință.

INTRODUCERE

Numărul considerabil al hemoroidarilor găsit la consultaţiunile medicale, contrastează cu acel prezentat serviciilor de Chirurgie; cu toate acestea singurul tratament radical, eficace, nu'l poate da acestor suferinzi de cât chirurgul.

Cauza rezidă în manifestarea suportabilă a simptomelor boalei şi numai când perderile de sânge devin considerabile şi durerile nesuferite, pacientul apelează la ultima instanţă... operaţiunea.

Astăzi când asepsia, anestezia, cunoştinţa anatomică şi technica chirurgicală, ne pun la adăpostul ori-cărei complicaţiuni, teama de intervenţie, ar trebui să dispară.

Până să se ajungă însă la perfecţionarea curei radicale a hemoroizilor, încercările au fost multe, variate şi cu mari insuccese. Bolnavul scăpa adesea de hemoroizi, dar îl turmentau stricturile, ori incontinenţa de materii fecale.

Asupra acestor diferite moduri de a interveni, nu voi insista prea mult.

Voi expune mai mult pe acelea, ce şi-au găsit o mai largă indicaţiune.

In ultimii ani, toate încercările sunt grupate în

jurul procedeului american Whitehead şi modificările mai mari, ori mai mici, n'au schimbat fiisionomia lui.

Când expunând modificările aduse de D-l Prof. Dr. Angelescu procedeului Whitehead, voi reuşi să arăt uşurinţa execuţiei, evitarea retracţiunei mucoasei şi deci lipsa de stricturi, scopul lucrărei mele este ajuns.

Scanned with OKEN Scanner

ISTORICUL

Distrugerea hemoroizilor în scop therapeutic, constitue cura radicală a acestor tumori.

De unde cu Hypocrat se considera fluxul hemoroidar, ca un prezervator al atâtor inflamaţiuni şi boale cu patogenie obscură, neîndrăznind nimeni a'l suprima, treptat, treptat toate mijloacele de intervenţie chirurgicală şi-au găsit loc.

După prima perioadă zisă «de respect» primele intervenţiuni au fost părăsite, căci succesul lor era pierdut, în faţa accidentelor teribile, adesea inevitabile, ca hemoragiile şi infecţiunile purulente.

De aceea Astley Cooper, care devenise renumit în extirparea hemoroizilor, nu mai avù curajul să continue, în faţa atâtor complicaţiuni.

Insuccesele se datorau lipsei de cunoştinţe anatomice, de antisepsie şi mai ales de asepsie, nu se cunoştea nici anestezia, nici forcipresura.

Piedicele acestea înlăturate, nimic nu mai face pe chirurg să se teamă şi de aceia, în a treia perioadă din istoricul intervenţiunilor chirurgicale asupra hemoroizilor, procedeele operatorii sunt încoronate de succes.

Scanned with OKEN Scanner

Bisturiul execută azi excizia hemoroizilor, necunoscându-se nici o ezitare.

Inainte de a ne opri asupra diferitelor procedee chirurgicale, să trecem puțin, asupra expedientelor medicale, ce 'și au aplicarea pe o scară întinsă și astăzi.

Tratamentul medical.— Il vom divide în profilactic și simptomatic.

In tratamentul profilactic, hygiena are cuvântul său.

Prin prescripțiunea băilor, loțiunilor, lavementelor, prin indicațiunea regimului alimentar vegetarian, evitarea unei vieți sedentare, deci prin prescripțiuni pentru facilitarea unei funcțiuni normale și regulate a tubului digestiv, igiena își ajunge scopul.

In tratamentul simptomatic, supozitoriile calmante, opiaceele micșorează durerile.

Hamamelis virginica, astringentele ca: taninul, sulfatul de zinc, alaunul, ratania și-au găsit pe rând, ori deodată aplicarea lor, în combaterea hemoragiilor, și pentru atrofia hemoroizilor.

Causticele ușoare, ca acidul azotic diluat, sulfatul de fer, ichtiolul, glicerina fenicată, de asemenea au fost uzitate.

Tratamentul chirurgical.— Dacă tratamentele medicale au fost și sunt numeroase, însă fără mari succese, intervențiunile chirurgului sunt felurite, și cu servicii mai reale.

Dintre ele vom trece în scurt asupra acelora

care au dominat mai mult și care își mai găsesc oarecare indicațiuni.

Așa *Canterizațiunea* și *Dilatațiunea* forțată a sfincterului anal, sunt încercări vechi, care se mențin încă.

Prin cauterizare se distrug complect hemoroizii externi, pare că evită infecțiunea postoperatorie și chiar hemoragia, fapt ce a determinat persistența acestei metode.

Prezintă însă un mare pericol, acela de a nu se putea limita acțiunea focului și pe lângă tumorile hemoroidare se mai distrugea și mucoasa sănătoasă.

Stricturile erau deci inevitabile. Adesea escarele formate după canterizare se desprindeau și în urma lor, se declarau hemoragii secundare grave, amenințând chiar existența bolnavului.

Richet este acela, care a răspândit cauterizarea în tratamentul radical al hemoroizilor, făcută însă într'un mod mai rațional:

Dilata anusul, prindea cu pensa tumoarea, o trăgea în afară, o torsiona și deasupra cu o pensă înroșită în foc exciza prin cauterizare.

Operația purta numele de *Volatilizarea hemoroizilor.*

Begin, *Boyer*, *Velpeau*, *Nélaton*, *Gosselin* au adoptat pe rând metoda cauterizațiunei, cu mici modificări.

Cu toții căutau formațiunea unei cât mai mici escare și ajungeau la acest rezultat, prin pediculizarea tumorei, produsă prin torsionare.

Cu o clampă prindea bureletul hemoroidar, îl tarsionau, excizau pedicului cu bisturiul și cauterizau.

Scanned with OKEN Scanner

Ligatura hemoroizilor este iară-şi un procedeu de atrofiie, de distrugere, în scop curativ.

Imaginată de Hipocrat, este combătută de *J. L. Petit* şi în urmă reluată de *Pott, Cooper, Mayo, Holmes.*

Se traversa la baza tumorei un ac cu dublu fir şi se lega deoparte şi alta. Adesea nu se lega suficient sau firul era murdar şi complicaţiunile nu lipseau.

Salomon modifică ligatura.

Face la locul de unire al pielei cu mucoasa cu foarfecele, o incizie, paralel cu tunicele musculare. Incizia nu interesa vasele, astfel că tumora nu mai adera de cât prin acestea.

In şanţul făcut de incizie, cu un fir de mătase ceruit, se proceda la ligatură introducându-se tumora în rect.

Bodenhamer lega în mai multe şedinţe.

Koenig şi Starcke, secţiona la nivelul rafeului posterior sfiincterul şi în urmă aplica ligatura la toate nodozităţile. După operaţie introducea în rect un dren, purtând la extremitatea inferioară vată salicilată, prescrie dietă severă şi administra opiu.

Rezultatele le-au comunicat excelente. Insă accidentele inflamatorii, hemoragiile, gangrena erau foarte frequente.

O amintire istorică, mai mult pentru complicaţiunile la care dădea naştere, de cât prin succesele obţinnte, merită *sdrobirea lineară a lui Chassaignac.*

Dilataţia forţată a anusului. Apărută într'un moment

în care doctrina mecanică era în floare, bazată pe rolul activ ce'l joacă sfincterul anal în circulaţiunea anală şi în formaţiunea hemoroizilor, dilataţiunea sfincterului anal, se răspândi repede.

Creată, pentru ca să dispară principala cauză a hemoroidelor, este adoptată de toţi chirurgii timpului.

Privind-o ca pe singura cură radicală, *Fontan* însuşi se supune acestei intervenţii.

Recamier o imaginase pentru combaterea fisurei anale, iar *Gayet de la Lyon* şi *Fontan* o aplică în hemoroizi.

Verneuil o susţine şi *Monod* îi găseşte indicaţiunea precisă *în combaterea hemoroizilor complicate de fisuri cu hemoragii şi dureri mari.*

Nélaton şi *Guyon* o preferă cu degetele, *Verneuil şi Trélat* au preconizat întrebuinţarea speculului.

Procedarea este simplă.

După ce se unge bine cu săpun verde sau vaselină cele două police, se introduc pe rând în anus, iar cele l'alte patru degete ale fie-cărei mâini iau punct de reazăm pe tuberozitatea ischiatică.

Indepărtăm atunci cele două police, până ce feţele lor palmare, întâlnesc tuberozitatea ischiatică.

Se poate face şi în sens antero-posterior. Sunt chirurgi ce o practică şi cu indicatoarele.

Cu speculul, dilatarea se face încet şi se scot valvele îndepărtate.

Ajunsese la apogeul ei metoda dilataţiunei forţate, când documentat, *Reclus*, probează societăţei de chirurgie, că efectele bune ce i se atribuiau, nu

Scanned with OKEN Scanner

erau durabile şi în majoritatea cazurilor ameliorarea era pentru scurt timp. A constatat 10 recidive.

Faptele ulterioare, au dat dreptate lui Reclus şi azi este universal admis, că dilataţia nu constitue o vindecare definitivă.

Este suverană contra accidentelor hemoroizilor, este insuficientă a le vindeca, după cum se exprima *Quénu şi Hartmann.*

Recidivele hemoroizilor sunt chiar mai agravate, după o primă ameliorare prin dilataţie forţată a sfincterului anal.

Sunt însă cazuri, în care hemoroizi nu sunt insuportabili, decât prin complicaţiunea unei fisuri.

Odată aceasta vindecată prin dilataţie, durerile dispar şi hemoroizii fiind bine suportaţi, nu mai necesită nici o intervenţie.

«Fxciziunea cu bisturiul» este procedeul ce ocupă ultima fază a istoricului contra hemoroizilor.

Ea constitue cura radicală prin excelenţă. Succesul ei chirurgical este datorit ca şi pentru toate operaţiunile în genere, asepsiei, antisepsiei, anesteziei şi forcipresurei.

Un nume domină istoria sa:

Whitehead, care la 1882 comunică metoda americană în *British medical jurnal* unde desvoltă procedeul său operator, în cura radicală a hemoroizilor. Arată marea diferenţă între operaţiunea pe viu şi pe cadavru, cum chirurgul nu-şi poate da seama de alteraţiunea plexului venos, de modul de a aplica ligaturile, de cauza recidivei, de cât prin vivesecţii. Atunci va fi cura radicală, când urmărind indica-

Scanned with OKEN Scanner

țiunilor lui Whitehead se va depăși, zona dilatațiunilor venoase, în rezecția mucoasei.

Se prezintă cu 300 observațiuni fără morți, fără ulcerații, abcese, stenoze, incontinența și fără hemoragii secundare.

Adversarii acestui procedeu n'au lipsit și vedem pe *Kelsey* de la New-York, susținând frequența accidentelor postaperatorii, precum și pe *Tillaux* în tratatul de chirurgie clinică declarând: că «singura obiecțiune pe care o face curii radicale de hemoroizi, este acea că o consideră ca imposibilă, ca iluzorie».

Dar Whitehead se prezintă cu 300 de observațiuni, urmărite în delung după operațiune, în care mai ales recidivele lipsesc.

De asemenea în răspunsul dat lui Kelsey demonstră lipsa complicațiunilor, prin urmarea strictă a procedeului său operator. Și de asemenea, cum în aceste 300 cazuri n'a avut complicații, de care se face invinuit.

Temerile și obiecțiunile aduse de chirurgi puțin curagioși, sunt contra balansate de imensa majoritate a acelora, care au adoptat și practicat pe o scară întinsă procedeul Whitehead.

Astfel *Alnigham* deși publică o mică modificare a procedeului, este totuși partizanul său.

In Centralblatt vedem pe *Pilcher* arătând rezultatele favorabile ale acestui mod operator.

In 1893 *Quénu* expune congresului de chirurgie rezultatele strălucite obținute cu întrebuințarea acestui procedeu, făcând cunoscut în acelaș timp, modificările aduse metoadei.

Scanned with OKEN Scanner

Delestang în Teza sa de Doctorat, susţine modificările aduse de Quénu arătând totdeodată şi rezultatele frumoase obţinute cu procedeul Whitehead pur.

In Franţa, acel care pentru prima dată introduce procedeul american este *Délorme.*

După *Délorme, Reclus, Delbet, Tripier, Le Dentu Penrose, Martie, Morchand, Lejars, Piqué* sunt partizani fervenţi a-i procedeului american.

Obiecţiunea serioasă adusă procedeului Whitehead era *retracţiunea mucoasei*, ruptura ei în punctele de sutură la piele şi consecutiv formarea stricturelor.

Quénu şi Reclus, cu scop de a înlătura aceste inconveniente, propun modificări, ajungând a fi, chiar procedee.

Tot cu acest scop cât şi pentru execuţia mai uşoară a operaţiunei propune o modificare şi D-l Prof. Dr. C. Angelescu care ne va face subiectul Tezei.

Procedeul Whitehead

Din descrierea procedeului Whitehead rezultă că scopul urmărit, este de a debarasa orificiul anal de produsele patologice situate în afară de mucoasă şi înăuntru de sfincter.

Operaţiunea coprinde următorii timpi:

1. Bolnavul aşezat pe maşa de operaţie în poziţie de talie perineală, gambele flexate pe coapse, coapsele pe abdomen, fesele trecând marginea mesei, cu regiunea ano-perineală bine preparată şi profund adormit, se practică cu cele două police, dilataţiunea

forţată a sfincterului anal. După Whitehead dilataţia e un punct important în operaţie; el recomandă de a o face în toate direcţiile, aşa ca sfincterul, să nu mai opue nici o rezistenţă şi inelul muscular să fie redus la un rol pasiv. Aceasta făcută bine, mucoasa va prolaba şi cu ea tumorile hemoroidare.

2. La unirea mucoasei cu pielea de jur împrejur şi urmând toate plicele, se va face o incizie circulară cu bisturiul.

3. Se disecă mucoasa, aşa ca sfincterul extern în intregime, iar cel intern în parte, să fie descoperit. Hemoroizii sunt disecaţi în acelaş timp ca şi mucoasa şi separaţi de stratul celulo-mucos.

Whitehead recomanda aici a se întrebuinţa cât mai puţin un instrument ascuţit, degetele de multe ori fiind suficiente.

4. Se trage mucoasa în jos care când disecţiunea e terminată apare la anus ca un cilindru cu tumorile hemoroidare atârnate pe toată suprafaţa sa.

5. Se excizează transversal puţin câte puţin baza cilindrului, suturându-se la piele pe dată ce se tae. Whitehead făcea sutura în surget, azi se face prin puncte separate.

Aceasta este pe scurt metoda Whitehead.

Asigurând o cură radicală, punând la adăpost de stricturi, de hemoragie, fiind de o execuţie relativ uşoară, metoda Whitehead are numeroase avantage şi cu drept a fost adoptată de toţi chirurgii.

Modificările metoadei încercate cu scop de perfecţionare, urmăresc, pe de o parte, evitarea strictu-rilor de care se face une ori culpabilă prin retractarea

Scanned with OKEN Scanner

și ruperea mucoasei suturată la piele, pe de alta o o execuție mai repede.

Modificările procedeului Whitehead

Reunirea primitivă a mucoasei rămasă după excizia părților muco-hemoroidare după cum însu-și Whitehead a mărturisit, nu era totdeauna obținută. Practica chirurgicală a urmărit înlăturarea acestui insucces și seria modificărilor urmează. Unele sunt mai mici, mai restrânse, necoprinzând decât părți de technică operatoare.

Altele însă schimbă cu mult fizionomia operației, și acestea ar putea fi numite procedee.

Procedeul Quénu

Urmărit de ideea conservațiunei mucoasei în întregime, după ce a experimentat mult timp procedeul Whitehead, *Quénu* a propus următorul procedeu:

Urmând aceiași timpi operatori, când ajunge la incizia circulară, la unirea mucoasei cu pielea, el desprinde mucoasa cu hemoroidele care îi aderă, de stratele subjacente.

In loc de a exciza mucoasa, el o curăță de venele varicoase care o dublează și care fac relief pe suprafața externă și nu se obține între degete de cât o membrană uniformă, subțire, lipsită de orice strat celulo-vascular.

Mucoasa astfel curățită se reaplică la locul ei

și marginea e cusută cu crin de Florența, prin puncte separate.

Se introduc în rect tampone iodoformate, spre a face compresia pe mucoasă și totul este acoperit cu un bandaj în T.

Procedeul astfel aplicat, incontestabil că remediază obiecțiunea adusă procedeului Whitehead.

Dar sunt cazuri unde nu se poate aplica, și tocmai acolo, unde ruperea mucoasei e mai de temut. Insuși Quénu o recunoaște, că nu este indicată când mucoasa e prea alterată.

De altfel și practica acestui procedeu este mult mai delicată și nu reușește de cât în mâini mult experimentate.

Indicațiunea lui găsește loc, când mucoasa este foarte puțin alterată.

Procedeul lui Reclus

Reclus găsind că procedeul lui Quénu e contra-indicat când țesuturile sunt sclerozate, și că al lui Whitehead ar produce stricturi anale, propune o modificare în sensul următător:

Inaintea și îndărătul anusului se păstrează un segment de piele și mucoasă neatinse. Operația e îndreptată la bureletele din dreapta și din stânga care se pensează și se excizează cu foarfecele curbe. Mucoasa secționată se ridică în sus. Prinsă cu pense de forcipersură se aplică la piele iar sutura se face cu catgut în bursă. Crinul de Florența, după el trebue părăsit, găsindu-se greu la scoaterea firelor și producând tăeturi ale mucoasei.

Reclus întrebuința anestezia cu cocaină.

Rezultatele sunt aceleași.

Scanned with OKEN Scanner

Procedeul Picqué

1) Când hypnosa este complectă procedaază la primul timp al operaţiunei: dilataţia forţată a anusului.

Picqué este adversarul instrumentelor pentru această dilataţie, zicând că cele două police ale operatorului arată mai bine chirurgului ceea ce face.

2) Dilataţiunea terminată, se fixează mucoasa cu patru mici pense ce reamintesc pensele Museux dar mai mici.

Ele prind mucoasa la unirea cu pielea în patru puncte cardinale (diametral opuse). Sunt superioare penselor de forcipresură prin faptul că nu strivesc mucoasa, nici nu alunecă. Au încă avantajul de a uşura disecţiunea.

3) Se incizează circular cu bisturiu la 5 — 6 milimetri deasupra unirei mucoasei cu pielea.

4) Se disecă mucoasa, separându-se de sfincter fără a produce vre-o ruptură.

Timpul acesta este delicat şi greu în practică. Picqué execută acest timp cu vârful bont al unor mici foarfece curbe. Nu trebue rănit sfincterul extern.

Direcţia mucoasei se opreşte acolo unde coloraţia roză a mucoasei sănătoase se uneşte cu coloraţia violacee a mucoasei bolnave. Dar *Picqué* merge mai sus. Disecţiunea mai întinsă prezintă avantagiile următoare:

Scoborârea este mai uşoară şi retracţiunea mai micşorată.

5) Terminat acest timp, se trage afară toată

partea disecată, se obține astfel un cilindru mucos care trebue rezecat.

6) Inainte de a tăia transversal mucoase, *Picqué* pune patru puncte de sutură diametral opuse care reține mucoasa și ușurează sutura ulterioară.

Firele nu le strânge prea tare. Aplică firel separate de crin de Florența, lăsându-le lungi spre a evita durerile.

7) Pansamentul este ușor compresiv, format dintr'un tampon de gaz iodoformat introdus în rect, spre a se face compresia mucoasei; deasupra comprese sterilizate și vată.

Procedeul Whitehead.—La noi în țară D-l *Prof. Severeanu* l'a întrebuințat cel d'intâi iar D-l *Prof. T. Ionescu* dela 1895.

In Serviciul D-lui *Prof. Angelescu* s'a practicat în totdeauna când s'a ivit ocaziunea.

Procedeul Dr. Vercescu

La al XIII-lea congres de medicină din 1900 ținut la Paris, D-l Dr. Vercescu, comunică următoarea modificare, adusă în technica procedeului Whitehead.

Procedează la primul timp al operației dilatând sfincterul anal cu speculul. Ținând instrumentul cu valvele lui îndepărtate în mâna stângă, introduce cu mâna dreaptă un cilindru de plută (lung de 8—9 cm. gros de 3—3½ cm. mai umflat la cetru și ro-

tunjit la extremităţi) în spaţiul dintre valvele speculului.

Fixându-se cilindrul de plută cu mâna dreaptă se extrage dilatatorul uşor cu mâna stângă.

Urmând circonferinţa orificiului anal la limita mucotegumentară, se înfig oblic ace cu gămăliă de Carlsbad, care străbat mucoasa şi dopul, la distanţă de 1 cm. unul de altul.

Fixând dopul cu mâna stângă prin ajutorul unui inel dela extremitatea lui din afară, se trage uşor spre a se întinde regulat marginea orificiului anal, în timp ce mâna dreaptă armată cu un bisturiu execută repede şi cu precizie o incizie circulară.

Mucoasa se disecă pe dop.

Continuarea operaţiei se face ca în procedeul Whitehead tip.

In serviciul D-lui Prof. Dr. Th. Ionescu, se practică tot procedeul american cu oare-care modificări.

Anestezia în timpul din urmă se face numai prin Stovaină. Anestezia prin cloroformizare trebue să fie complectă în operaţiunile pe regiunea anală, ceeace se obţine mai greu de cât cu Stovaină ce e şi mai puţin toxică.

Se dă bolnavului cu 2—3 zile înainte de operaţie purgative, clisme boricate, regim lactat.

Cu o seară înainte de intervenţie i se administrează o pilulă de 0.05 ctg. extrat thebaic.

Se rade şi spală regiunea anală, se fac 2—3 clisme cu acid boric până ce lichidul ese clar.

Inaintea operaţiei se spală din nou regiunea anală cu săpun, sublimat şi se aplică un bantaj în T.

Anestezia fiind complectă se dă bolnavului poziţia taliei perineale.

Se scoate bandajul în T.

Dilataţia forţată a sfincterului anal e făcută cu dilatatorul lui Trélat, metodic, treptat, uşor.

Când orificiul anal rămâne căscat, dilataţia e complectă.

In 4 puncte cardinale operatorul pune câte o pensă *Museux* la 15—20 m. m. în afară de orificiul anal şi se încredinţează ajutoarelor care le ţin întinse, spre a fixa pielea anusului.

Chirurgul face o incizie circulară la 5—6 m.m. în afara orificiului anal, acolo unde mucoasa se continuă cu pielea.

Disecţia o face întâi pe jumătatea posterioară a circonferenţei anale, spre a feri câmpul operator de sângele ce ar veni, dacă s'ar începe pe partea anterioară.

Aplică o pensă pe partea disecată.

In urmarea disecţiei atenţia este îndreptată asupra sfincterului şi venelor hemoroidare ce nu trebuesc lezate.

Evită instrumentul tăios, servindu-se, de mânerul bisturiului ori de vârful foarfecilor bonte.

La 1 cm. $^1/_2$ deasupra sfincterului intern când mucoasa e sănătoasă se opreşte disecţia, dacă hemoroizii sunt procidenţi, nereductibili nu se trece de sfincterul întern.

Părţile disecate se prind cu pense care înlesnesc operaţia şi opresc hemoragia.

Introducerea degetului indicator în cilindrul format de mucoasă înlesneşte pe operator la disecarea mucoasei.

Scanned with OKEN Scanner

Mucoasa fiind mai aderentă înapoi, disecția e mai dificilă.

Pachetele hemoroidare acoper fața externă a mucoasei și împreună cu aceasta se trag în afară.

D-l Profesor *Thoma Ionescu* incizează cilindrul mucos, longitudinal, în partea lui anterioară până la marginea superioară.

Din unghiul superior al inciziei în dreapta și stânga se tae mucoasa pe o lungime de 1 cm. și se coase.

Dar înainte de a rezeca cilindrul, se prinde prin patru puncte cu catgut între mucoasă și piele, spre a evita retracțiunea lui în timpul suturilor.

Aceste fire s'au numit fire de siguranță.

Sutura se face cu catgut, fire separate.

Tifonul care se introducea în rect după operație, din cauza tenesmelor a fost suprimat.

In serviciul D-lui *Profesor Dr. C. Angelescu* iată cum se procedează în tratamentul hemoroizilor:

Preparația bolnavului

Ca pentru toate operațiunile asupra rectului, va trebui ca bolnavul să sufere o preparațiune specială.

Această preparare foarte importantă, va avea o mare influență asupra rezultatelor operațiunei.

E bine să uzăm numai de asepsie, pe care s-o obținem cu spălături des repetate și cu o supraveghere continuă.

Scanned with OKEN Scanner

Murdărirea plăgei de către scaunele bolnavului neaducând de cât cel puțin o întârziere a cicatrizărei, trebue cu desăvârșire evitată.

Iată cum se prepară bolnavii în Serviciul d-lui Prof. Dr. C. Angelescu.

1. Indată ce s'a decis o intervenție, cu 3—4 zile înainte, bolnavului trebue să-i administrăm purgative.

2. Din acest moment alimentațiunea ce primește e particulară; consistă într'un regim lactat aproape absolut. Cel mult se permite un bulion sau ou la bolnavii recalcitranți.

3. In timpul acestor 3—4 zile de câte 2—3 ori pe zi, regiunea anală și peri-anală se spală cu soluțiune de acid boric și apă sterilizată.

4. Cu o zi sau două înainte de intervenție se trimete bolnavul la *bae generală*.

5. Două zile înainte de operațiune se fac lavemente cu apă boricată sau chiar cu apă sterilizată.

6. In dimineața intervențiunei se face prepararea regiunei astfel:

O spălătură în rect, până ce apa ese absolut curată.

Regiunea anală și peri-anală prealabil rasă se spală cu 3 perii sterilizate, cu săpun și apă sterilizată.

Se dă cu o zi înainte o pilulă de 0,05 centgr. extr. Thebaic.

Regiunea aseptizată este acoperită, după obiceiul serviciului, cu un prișniț.

Bolnavul este adus astfel la masa de operațiune.

Scanned with OKEN Scanner

Operaţiunea

Pacientul, anesteziat complect cu cloroform, primeşte poziţia taliei perineale; şezutul trebue să întreacă cu un lat de mână marginea mesei de operaţie; coapsele sunt flexate pe abdomen, gambele pe coapse şi menţinute de două ajutoare.

Masa trebue să fie mai înaltă ca să înlesnească acţiunea operatorului.

Regiunea anală se descopere şi primul ajutor cu mâinile bine spălate procedează din nou la aseptizarea regiunei încă cu trei perii.

Se pun comprese mari sterilizate în regiunea perianală prinse cu pense şi chirurgul ia loc în faţa perineului.

1) Incepe primul timp al operaţiunei:

Dilatarea sfincterului anal.— D-l Prof. Dr. Angelescu nu o practică decât cu dilatatorul Trélat, procedând astfel, ca întreg sfincterul să sufere dilataţiunea şi nu bruscă, înlăturând rupturile de mucoasă, ori chiar de fibre musculare sfincteriene.

Nu trebue paralizată nici tonicitatea sfincterului.

Se ajunge la acest rezultat procedând uşor şi imprimând dilatatorului o mişcare de rotaţiune.

Când orificiul anal rămâne căscat, dilataţiunea este complectă.

Hemoroizii prolabează împreună cu mucoasa anorectală, sunt violacei turgescenţi şi se aseamănă cu o pătlăgea după comparaţia lui Whitehead.

2) Se aplică 4 pense, în 4 puncte cardinale ale circonferinţei anale. Trăgându-se de pense mucoasa ese afară şi în cele patru puncte adică înainte, îndărăt, la dreapta şi la stânga, *se face câte o incizie*

Scanned with OKEN Scanner

cu bisturiul, perpendiculară pe circonferința anală, interesând numai mucoasa, lungă dela tegument până dincolo de mucoasa bolnavă. (Fig. 1).

3. In locul incizat, se trece câte un fir de catgut, în aceeași direcțiune ca și inciziunea, care unește tegumentul de mucoasa sănătoasă. (Fig. 2).

Se strâng firele și vom obține patru sectoare mărginite de cele patru fire de sutură. (Fig. 2).

Aceste sectoare se tumefiază foarte mult și prezintă operatorului toată partea violacee a mucoasei hemoroidare ce formează obiectul ultimilor timpi operatori.

4. Dela un punct de sutură la altul, pe marginea muco-tegumentară se face câte o inciziune pentru a separa mucoasa de piele. (Fig. 3).

Prinzând cu pensa marginea mucoasei se trage în spre operator, disecând-o de părțile externe, obsedați fiind de sfincter, care nu trebue atins și de vasele hemoroidare, care nu trebuesc tăiate, ci numai desprinse de țesutul celular înconjurator.

Disecția se poate face cu vârful bont al unui foarfece, cu mânerul bisturiului sau chiar cu degetul.

5. Ajunși la partea sănătoasă a mucoasei, între tegument și țesutul sub mucos se introduce un fir de catgut în U, culcat, pentru ca să alăture partea profundă a mucoasei la tegument și ca să formeze limita de extirpare a mucoasei. Fig. 3 (5).

6. Se extirpă hemoroizii cu mucosa bolnavă și marginea mucoasei sănătoase se poate ușor aplica la piele suturând-o continuu sau cu fire separate de catgut. Fig. 3 (6, 7).

Scanned with OKEN Scanner

7. In rect se introduce un tub de drep de cauciuc sterilizat, gros ca degetul mare, care serveşte la comprimarea mucoasei de tegument şi la hemostază.

In acest mod suturile se menţin foarte bine, iar tubul lasă liberă eşirea gazelor intestinale, ce ar putea provoca dureri, tenesme şi deci desfacerea firelor.

8. Se aplică un pansament compresiv.

9. Timp dela 8—10 zile se dă pilulele de opiu, apă de var 2—300 gr. alimentând bolnavul numai cu lapte.

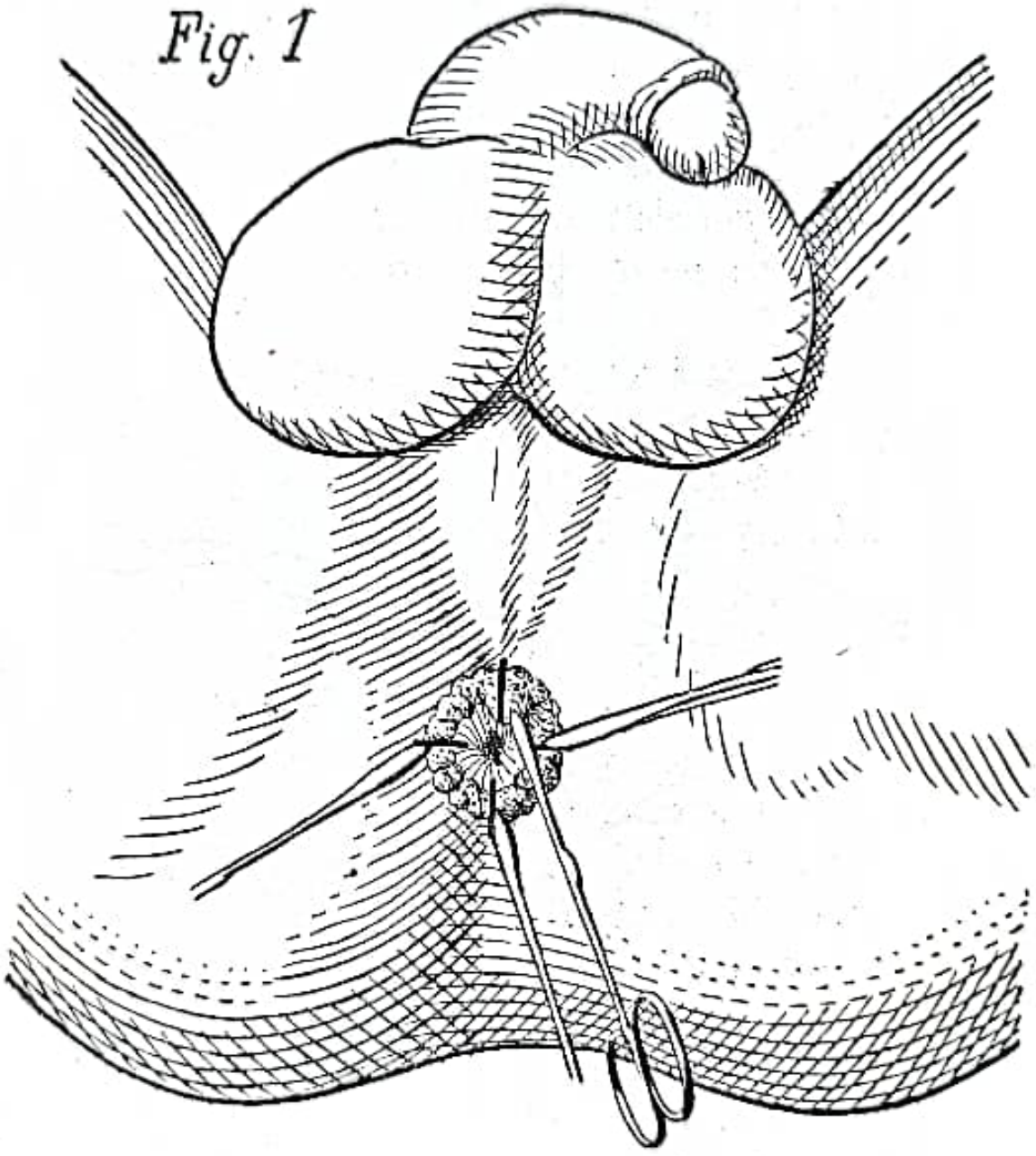
10) După 8 — 10 zile se desface pansamentul, scoţându-se tubul. Regiunea se curăţă la zece zile după operaţie, când se dă şi un purgativ, urmat de spălături cu apă sterilizată.

Puţinele observaţiuni ce le avem, pot să ne dea dreptul a conchide că aşa cum se practică operaţiunea Whitehead de către d-l Prof. Dr. Angelescu prezintă oare care avantagii.

Mucoasa nu ne scapă din pense, nu se retractă, din contră toată partea ce formează câmpul nostru operator ne vine în faţă, căutând singură să fie scoasă, iar timpii operatori sunt executaţi mai uşor.

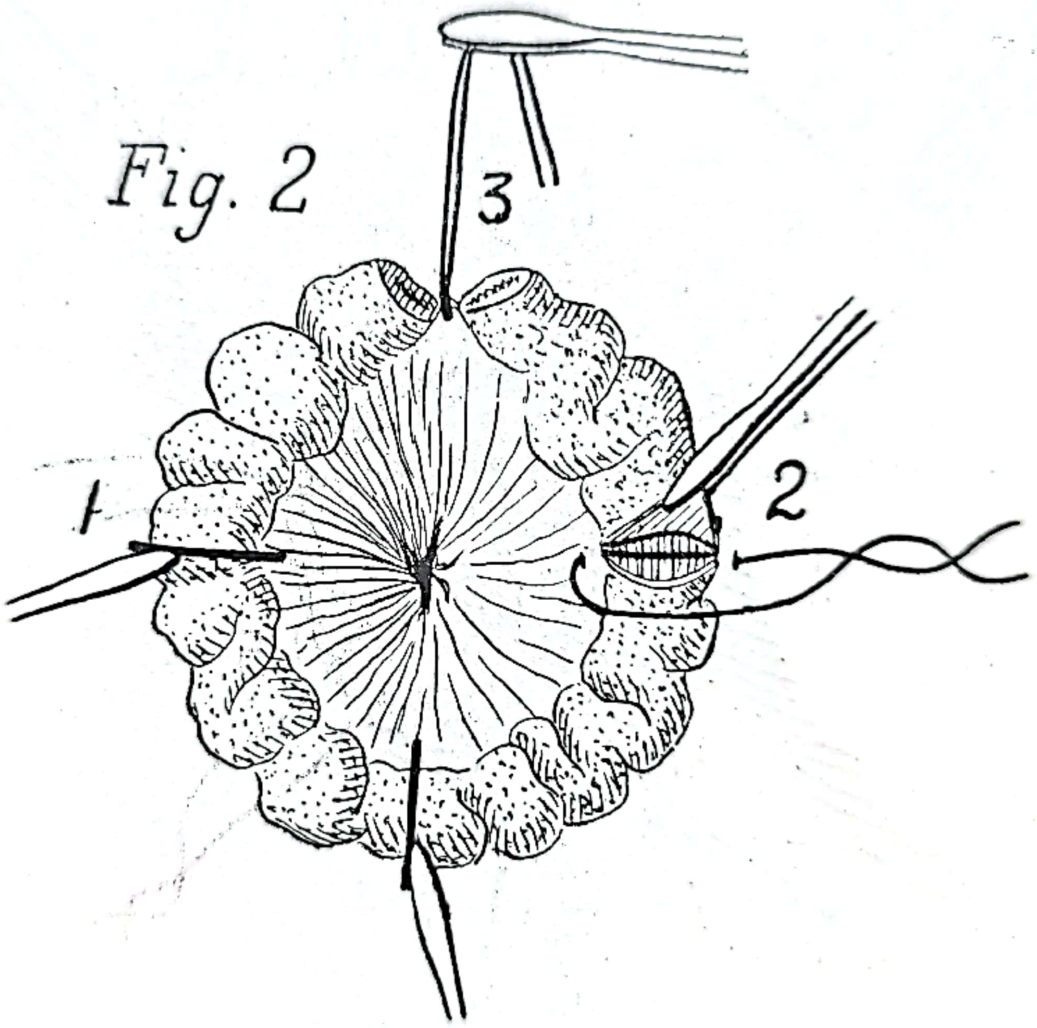
Scanned with OKEN Scanner

Fig. 1

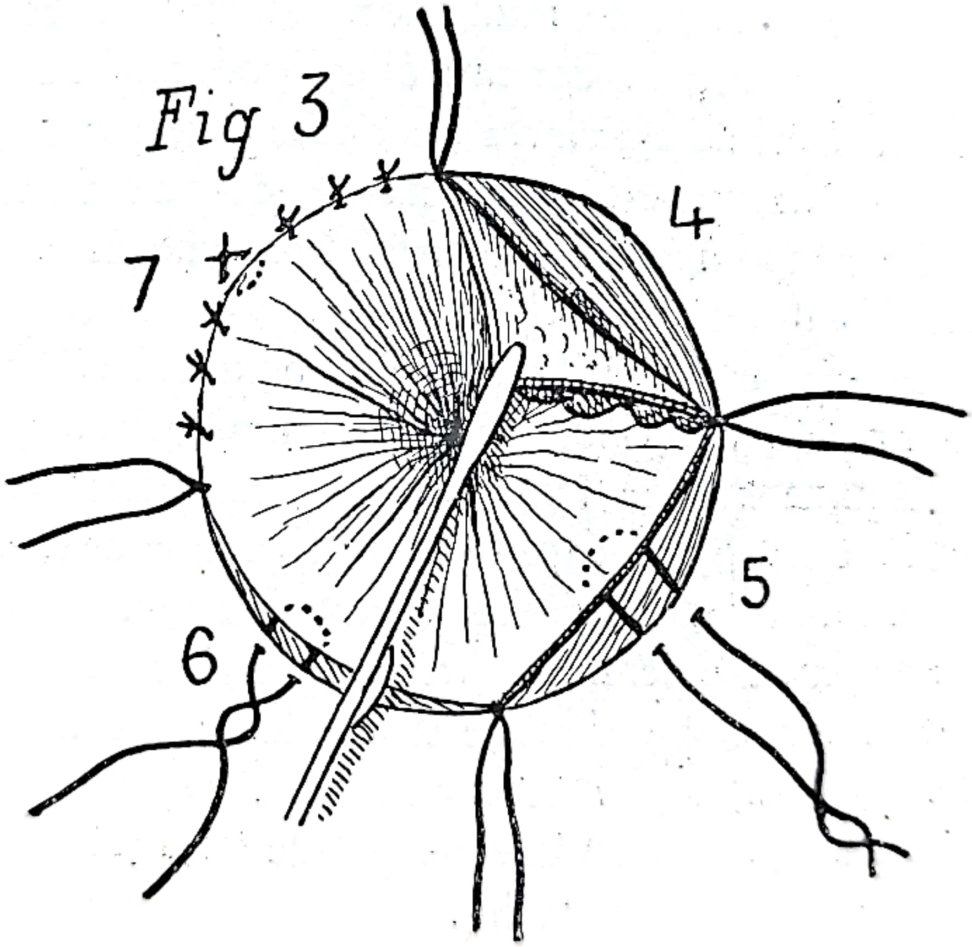


Scanned with OKEN Scanner

Fig. 2



Scanned with OKEN Scanner



Scanned with OKEN Scanner

Indicaţiuni.

Sunt puţini bolnavi de hemoroizi, care apelează la ajutorul Chirurgului marea majoritate se adresează medicului, vom divide; deci această boală din punct de vedere al tratamentului indicat în: Hemoroizi chirurgicali şi Hemoroizi medicali.

Medicul ridică de multe ori suferinţele ce le provoacă hemoroizii, dar timporar, producând adesea prin medicamente agravarea ulterioară a simptomelor. Cura radicală nu este obţinută de cât de chirurg.

Un simpton capital trimete boluavul la operaţie: *Hemoragia.*

Une-ori este atât de mare şi bolnavul o rabdă atâta timp în cât vine într'o stare inoperabilă.

Cazurile acestea însă, sunt mai rari. Ceea ce e frequent, e că, toţi aproape se plâng de perderi de sânge.

La început materiile fecale sunt striate, apoi sunt devenite sanghinolente, pentru a ajunge ca sângele să fie perdut şi în afară de defecaţie. Bolnavul slăbeşte, *intervenţia aici devine urgentă.*

După operaţie îşi revine, prinde forţă şi în scurt timp ese complect restabilit.

Durerea este iarăşi o cauză de intervenţie. Ea ţine la două împrejurări în general: procidenţa hemoroidelor şi ireductibilitatea lor.

Hemoroidele interne devin procidente. Atunci joacă rolul corpurilor străine faţă de rect.

Falşele trebuinţe devin continue, fluxiunea hemoroidara le însoţeşte, tenesmele provoacă durerea.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste eforturi facilitează procidența, cu timpul hemoroizii devenind ireductibili. Se formează o strangulare, ce poate da loc la accidente ca: inflamațiuni, ulcerațiuni, sfacel, supurație.

Intervenția aici își are indicațiunea precisă și urgentă, înlăturând toate aceste accidente.

Singură starea generală gravă a bolnavului, poate constitui o contra-idicație.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIUNI

OBSERVAȚIUNEA I.

Hodoș Simon, 30 ani, intră în serviciu la 12 Martie a. c.

Antecedente ereditare: Părinții suferă de obesitate.

Antecedențe personale: A suferit de Febră palustră și febră tifoidă. N'a mai avut altă boală, decât o eczemă ce apărea numai primăvara.

Actualmente intră în serviciu pentru tumori hemoroidare externe, care-i produce dese și mari pierderi de sânge. Examenul obiectiv ne arată tumoarele hemoroidare externe, circulare, nereductibile de aproape o lună. Deși pierderile de sânge sunt însemnate, starea generală e satisfăcătoare. Bolnavul este alcoolic, n'are aproape nimic organic, decât o ușoară hypertrofie a ficatului.

Bolnavul e supus unui regim preparator obicinuit și după 5 zile este operat.

Operația este urmată după modificările urmate în serviciu. Nimic de particular. Intreaga regiune hemoroidară este extirpată. Sutura se face în surget. Se introduce după operație un dren de cauciuc și se aplică un pansament compresiv. La 6 zile i se scoate drenul, se curăță puțin partea perianală, se aplică un bandaj și după 12 zile este concediat complect vindecat.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIUNEA II.

I. Zamfirescu, 33 ani.

Suferă de 6 luni de pierderi de sânge, ce i-au apărut întâi în timpul defecației striind materiile fecale, pentru a deveni apoi, foarte abundente, silind bolnavul a-și rări scaunele, sperând că prin aceasta va micșora hemoragia. Constipațiunea însă 'i produce perderi și mai mari însoțite de dureri. Această stare îl decide a se supune unei operațiuni pentru care vine în serviciu la 20 Martie a. c.

Antecedente ereditare: Nimic de semnalat.

Antecedente personale: A suferit de un șancru sifilitic. Neagă orice altă boală. Starea generală este bună. Ficatul puțin hypertrofiat, splina percutabilă. Pe regiunile coatelor și pe fața anterioară a toracelui are sifilide scuamoase.

E aproape continuu constipat.

Examenul local ne pune în evidență două tumori hemoroidare, una anterioară alta posterioară mari cât o migdală. Sunt violacee, murdare, reductibile. Tușeul rectal nu arată nici o dilatațiune venoasă.

Perderile de sânge repetate și abundente, durerile tăioase, decid intervenția.

După o prealabilă preparare și după urmarea regimului obicinuit se cloroformizează procedându-se la excizia mucoasei după procedeul Whitehead modificat.

Sutura se face în puncte separate cu catgut. Se introduce un tub de cauciuc gros cât degetul mare. Un pansament compresiv. După 8 zile se scoate tubul.

Cicatricea e subțire, continuă.

După o spălătură se aplică un ușor bandaj în T și se liberează bolnavul după 3 zile, vindecat.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIUNEA III.

Manea Nedelea, 33 ani, intră în ziua de 9 Maiu.

Antecedente hereditare: Tatăl mort de tuberculoză, mama suferă de dureri articulare.

Antecedente personale: S'a bucurat totdeauna de o sănătate satisfăcătoare. O singură blenoragie i-a mai turburat puțin tinerețea. Primele accidente hemoroidare datează de 2 ani. Scaunele deveneau dureroase, materiile fecale striate cu sânge, mai ales în urma oricărui exces.

Repaosul și băile din contra 'i ameliora starea. Falșele trebuințe și perderile de sânge mai abundente nu întârziară însă de a-și face apariția cu toate precauțiunile și medicamentele luate.

Prezentându-se la consultațiunile gratuite e trimes în serviciul chirurgical, dar refuză.

O fisură apărută cu o lună înainte de operație complică mai mult seria simptomelor și'l decide a a intra într'un serviciu de chirurgie. E slăbit, anemiat.

La examen se constată o tumoră hemoroidară circulară internă și externă.

In partea dreaptă prezintă o fisură. Venele hemoroidare prin tușeul rectal se simt dilatate.

Bolnavul e supus unui regim preparator pe care l'am descris și se decide operația la 14 Maiu.

Se urmează procedeul modificat al serviciului. Mucoasa friabilă este cam dificil de extirpat, dar modificarea adusă operației părând a înlesni mult disecția ei. Se extirpă pe o întindere cam de 7 c.m. în total. Sutura se face cu fire de catgut separate. Introduce dren de cauciuc înfășurat într'o compresă. Bandajul aplicat e compresiv.

La 7 zile se scoate pansamentul, se extrage tubul și curăță regiunea. I se administrează un purgativ. Se mai aplică un pansament, iar după 4 zile pleacă vindecat.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIUNEA IV.

Ștefan Paulian, 42 ani. Intră în serviciul la 11 Maiu 1908.

Antecedente hereditare: Nimic de semnalat.

Antecedente personale: A suferit în copilărie de variolă și febră palustră. La 19 ani un șancăr care n'a mai fost urmat de nici un alt simptom de sifilis astfel că'l judecăm a fi fost șancăr simplu.

E căsătorit, copii toți trăesc, deplin sănătoși.

De acum 4 ani simte odată cu defecația dureri tăioase, senzație de arsura în rect și materiile fecale sunt striate cu sânge.

Constipația o are foarte des și 'i ține 3—4 zile.

Perderile de sânge continuă în cantitate mai mare, durerile asemenea și'l decid a veni în serviciu.

La examenul obiectiv, se constată către partea posterioară a orificiului anal, o tumoretă cât o migdală, violacee, reductibilă, turgescentă. La tușeul rectal la 2 c.m. de orificiu se dă peste mici tumori depresibile mai multe pe părțile laterale.

Starea generala e bună. N'are nici o turburare organică nici subiectivă nici obiectivă.

Se decide intervenția.

Preparația durează trei zile.

Operațiunea e urmată după modificările aduse procedeului american de către Dl. Prof. Angelescu.

Se pune un dren de cauciuc, peste care se aplică un pansament compresiv. La 8 zile se scoate drenul. Se reaplică pansamentul. La 10 zile urmează spălarea regiunei și se concediază bolnavul complect vindecat.

Scanned with OKEN Scanner

Din observaţiunile aşa de restrânse pe care le prezentăm, nu ne vom permite a susţine mari succese ale acestor modificări; totuşi le credem suficiente pentru a demonstra execuţia uşoară a timpilor operatori în cura radicală a hemoroidelor prin procedeul Whitehead aşa modificat.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI

Privind numai hemoroizii pasibili de o intervenţie chirurgicală conchidem :

I. Succesele obţinute prin dilataţia forţată a sfincterului anal, sunt trecătoare, dilataţia nefiind o cură radicală.

II. Faţă de stricturile frequente şi de hemoragiile secundare grave produse prin cauterizarea hemoroizilor, fie cu termo-cauterul, fie cu pensele de volatilizare Richet, nici cauterizarea nu poate fi metoda de ales, de cât în cazul unor tumori hemoroidare mici şi externe.

III. Metoda americană prin procedeul Whitehead îşi găseşte astăzi, o universală întrebuinţare.

IV. Modificările aduse procedeului Whitehead, urmăresc execuţia mai uşoară a timpilor operatori şi evitarea stricturilor. Unele dintre ele nu sunt aplicabile în toate cazurile.

V. Modificările aduse de d-l Prof. Dr. Angelescu, credem că ajung la rezultate satisfăcătoare, înlesnind timpii operatori şi fiind la adăpostul complicaţiunilor.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei
Prof, Dr. C. ANGELESCU

Decanul Facultăţei
Prof. Dr. TOMA IONESCU

In afară de subiectul tezei, candidatul este obligat a răspunde la orice chestiune medicală, ce i se va pune de către juriul de promoţiune.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Gosselin. — Leçons sur les hémorr. Paris, 1866.
Monod. — Dilatation forcée du sfincter, Thèse. Paris, 1877.
Richet. — Trait. des hémorr. France méd., 1888.
Kelsey. — Rev. des. sc. méd. 1888.
Quénu. — Etude sur les hemorr. et les ulcerations varic. du rectum (Revue chir 1892, pag. 81).
Peurose. — Rev. des. sc. méd., 1892.
Reclus. — Comunic. à la socié é de chirurgie, 1892.
Delorme. — Bul. soc. de chirurg., 1892.
Reclus. — Traité des hémorr. Gazette des Hôpitaux, 1893.
Delestang. — Thèse de Paris, 1894.
Dr. Marcel. — Teze de hemor, Bucureşti, 1896.
Juvara. — Tratam. Hemoroid. prin proced. Whitehead. (Archives des sciences medicales. Mars, 1896).
Delorme. — Congrès de chirurgie, 1896.
Picqué. — Congrès de chirurgie, 1896.
Jules Ané. — Thèse de Paris, 1897.
Dr. Cohn. — Despre Hemoroizi Rev. chirurg., Bucureşti, 1899.
Dr. Căzănescu. — Teză, 1906.
Trélat. — Cliniques chirurgicales.
Duplay et *Reclus.* — Traité de chir., t. VII.
Quénu et *Hartman* .— Chir. de rectum.
Tilleaux. — Cliniques chirurgicales, t. II.
Dr. Gheorghiu. — Teză. Cura rad. a hemoroizilor.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 1035.

TRATAMENTUL
FRACTURILOR CLAVICULEI
PRIN
Bandaje și sutură osoasă

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de 28 JUN 1908

DE

IOAN MARGESCU

BUCUREȘTI
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „EMINESCU“
Bulevardul Elisabeta 6 și Sărindar 7
1908

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

Decan: D-nul Profesor Dr. Toma Ionescu

Profesori:

Clinica III-a chirurgicală	D-l Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	„ „	*Athanasescu N.*
Anatomia patologică	„ „	*Babeş V.*
Bacteriologia		
Clinica II-a medicală	„ „	*Buicliu Chr.*
Medicina experimentală	„ „	*Cantacuzino I.*
Medicina operatoare	„ „	*Demosthene Ath.*
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	*Drăghiescu D.*
Anatomia topografică şi Clinica II Chirurgicală	„ „	*Ionescu Th.*
Farmacologia şi clinica terapeutică	„ „	*Măldărescu N.*
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	*Manolescu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „	*Marinescu Gh.*
Medicina legală	„ „	*Minovici M.*
Fizica medicală	„ „	*Miculescu C.*
Istologia normală şi Embriologia	„ „	*Obregia Al.*
Fiziologia umană	„ „	*Paulescu N.*
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	*Petrini-Galatz M.*
Anatomia descriptivă	„ „	*Petrini Paul*
Patologia generală	„ „	*Proca Gh.*
Patologia chirurgicală, bandaje şi aparate de fracturi	„ „	*Rômniceanu Gr.*
Clinica I-a chirurgicală	„ „	*Severeanu C.*
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	*Sion V.*
Zoologia medicală	„ „	*Sihleanu St.*
Clinica I-a medicală	„ „	*Stoicescu Gh.*
Clinica mentală	„ „	*Sutzu Al.*
Terapeutica experimentală	„ „	*Theohari A.*
Clinica infantilă	„ „	*Thomescu N. C.*
Patologia medicală	„ „	*Thomescu I. T.*
Botanica medicală	„ „	*Vlădescu M.*

Agregaţi:

Clinica III-a medicală	„ „	*Nanu-Muscel I.*
Chimia analitică	„ „	*Minovici Şt.*
Farmacia chimică şi galenică	„ „	*Georgescu M.*
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	D-l Dr.	*Felix Eug.*
Anatomia topografică	„ „	*Gerota D.*

JURIUL DE PROMOŢIE

Preşedinte, D-l Prof. Dr. Angelescu C.

Membrii:
- D-l Profesor Dr. Severeanu C.
- „ „ „ Demosthene Ath.
- „ „ „ Ionescu Th.
- „ Agregat „ Gerota D.

Suplinitor d-l Docent Dr. Racoviceanu-Piteşti

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima nici aprobare, nici dezaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

Fracturile claviculei sunt foarte frecvente și aceasta se explică prin situația superficială a osului. Tratamentul acestor fracturi are două metoade: 1) o metoadă veche *care n'a progresat decât prin marele număr de aparate și bandage ce s'a făcut în acest scop, dar a căror utilitate a rămas aceiaș, ca și a acelor dela inceput; și 2)* o metoadă mai nouă *prin care intervenim pe cale operatorie și care a progresat sub scutul asepsiei în chirurgie.*

Am căutat ca să arăt după părerile chirurgilor, cam unde se poate indica o metoadă și unde cealaltă, deși această chestiune nu este încă bine elucidată.

Vom proceda, în alegerea metoadelor, după cum ne dictează împrejurările, alegând procedeul cel mai convenabil, având în vedere situația noastră ca medici, gravitatea leziunilor, vârsta și condițiile sociale ale bolnavului.

Inainte de a termina am de îndeplinit o datorie de conștiință și bună cuviință.

Domnului Prof. Dr. C. Angelescu, *pentru buna-voință ce și-a arătat față de mine, primind președenția tezei mele; pentru sfaturile prețioase și munca ce depune în instruirea elevilor; pentru cunoștințele folositoare ce am căpătat cât timp am urmat serviciul D-sale, îl rog, a primi expresiunea sentimentelor mele de adâncă recunoștință și respectuoasele mele mulțumiri.*

Mulțumesc juriului meu de promoțiune, precum și întregului corp profesoral al Facultății de Medicină, pentru zelul ce depun în instruirea noastră medicală.

D-lui dr. Lucian Skupiewschi, *inspector al Spitalelor Eforiei, pentru atențiunea ce mi-a arătat, pentru amabi-*

Scanned with OKEN Scanner

litatea şi gentileţea ce-a avut şi are faţă de mine; îi aduc mulţumiri sincere şi'l rog să primească expresiunea sentimentelor mele de vie recunoştinţă şi devotament.

D-lui dr. Poenaru-Căplescu, *Docent Universitar pentru concursul ce mi-a dat cu ocaziunea acestei lucrări, îl rog a primi mulţumirile mele.*

Colegilor mei de Facultate, cu cari ani dearândul am stat împreună, cu care am împărţit iluzii şi decepţii, le exprim aci dragostea cea mai curată şi cele mai plăcute amintiri.

Va rămâne de-a pururea întipărit în inima mea, amintirea anilor de studiu cari cu toate frământările şi dificultăţile ce am avut a întâmpina în cursul lor, vor constitui epoca cea mai frumoasă din viaţa mea.

Scanned with OKEN Scanner

ISTORIC

I

Dificultatea contenţiunei, explică marele număr de bandaje şi aparate, cari au fost imaginate, pentru tratamentul fracturilor claviculei.

Procedând la reducţiune, trebue să avem totdeauna în vedere, direcţiunea deplasărei. Cea mai frecventă fractură a claviculei, se produce la unirea treimei externe, cu cele două treimi interne. Când această fractură este produsă de o cauză indirectă direcţia fracturei este oblică de obiceiu, *dirijată din afară înăuntru, de sus în jos, şi din nainte înapoi*, rar în sens invers; fracturile produse dintr'o cauză directă sunt aproape totdeauna transversale.

Deplasarea în fracturile oblice se face în modul următor: *fragmentul extern se scoboară* sub influenţa tracţiunei exersată de braţ, este atras înainte şi înăuntru prin contracţiunea marelui pectoral venind a se plasa sub *fragmentul intern* care se ridică foarte puţin sub influenţa contracţiunei muşchiului sterno-cleido-mastoidian. Pentru a reduce fractura, *fragmentul extern trebueşte împins în sus, înapoi şi înafară*, iar fragmentul *intern scoborât;* fragmentele, fiind în poziţiunea lor normală, trebuesc *imobilizate*. A reduce fractura este uşor, dar a o menţine este greu.

Aparatele contentive, pe cât este posibil, trebuesc a îndeplini cele trei indicaţiuni de mai sus.

Imobilizarea, cere un punct fix şi acest punct, nu poate fi găsit, nici pe torace, nici pe coloana verte-

brală, pentru motive ușor de înțeles, ci pe basin. In fine, nu-i greu de văzut, că după ce s'a fixat, brațul și fragmentul extern, trebuește încă a imobiliza pe acelaș punct, trunchiul și împreună cu el fragmentul intern.

Un aparat care ar realiza, toate aceste condițiuni, ar fi într'adevăr foarte complicat.

Chirurgii, din toate timpurile, au căutat să găsească aparate simple și numărul acestor aparate, cu care se căuta a se obține o vindecare fără diformitate, este considerabil. Puține capitole din chirurgie, prezintă atâtea inventiuni inutile.

Gurlt, a încercat a grupa, în marea sa lucrare asupra fracturilor — cantitatea nenumerabilă, a aparatelor propuse sau întrebuințate, în ultimele două secole — în trutamentul fracturilor claviculei și toate aceste aparate, sau arătat nefolositoare și prea complicate. Chirurgii moderni tinde a reveni la simplicitatea aparatelor lui *Hippocrat*, care el însuși a fost obligat de a face aceiași evoluțiune, ca și chirurgii moderni. El critică viu, un oarecare număr de aparate, întrebuințate înaintea lui (bande care se atașau la o centură, bande care se încrucișeau pe perineu, aplicațiuni de plăci de plumb pe focaru fracturei) zicând că, ele, nu servă la nimic. Recomandă, pentru majoritatea cazurilor, de a se da bolnavului, o poziție în care cotul să fie aplicat pe torace și umărul ridicat, prin ajutorul unei eșarpe, imobilizând cele două fragmente prin niște comprese și bande. Mai recomandă, ca bolnavul să stee în repaos, culcat și spune că vindecarea cere un timp de 15—20 zile.

La *Celsiu*, găsim puține date originale; el recomandă o atelă de lemn, în fracturile multiple și rezecțiunea în fracturile cu eschile.

Galien și *Paul din Egina*, pentru a atrage fragmentul extern înafară, au imaginat prin ajutorul unei perniță plasată în axilă, de a face să basculeze umărul

eczersând pe acest fragment extern, o tracțiune permanentă în afară.

A. Paré pentru a reduce fractura, atrăgea înapoi fragmentul extern. Pentru acest scop, el a recurs la bandajul în cruce al lui *Saint-André*, veritabilul 8 de cifră al umerilor. Corsetu lui *Brasdor* și multe alte aparate, nu fură decât modificațiuni sau perfecționări ale procedeului lui A. Paré. Nici unul din aceste aparate, nu remediază suficient încălicarea fragmentelor.

Desault revenind la ideile vechi, ale lui Galien și Paul din Egina, imaginâ un bandaji care mult timp a fost celebru și aproape esclusiv întrebuințat în Franța. O modificare a acestui aparat este *bandajul lui Gerdy* și o simplificare a acestuia, este *aparatul lui Hamilton*.

Toți chirurgii însă, au făcut ca să reiasă imperfecțiunile aparatului lui *Desault*; pentrucă după cum arată *Nelaton* și *Follin* — prin el fragmentul extern nu este atras înapoi și că punctul de sprijin, ce exercită ultima bandă pe umărul bolnav, are ca rezultat de a împinge acest fragment, în jos și înăuntru. Astfel *Boyer* și *Dupuytren* au luat ca punct de sprijin umărul din partea sănătoasă, pentru ridicarea cotului. *Aparatul lui Boyer* are avantagiul de a se deplasa cu mai puțină ușurință decât aparatul lui *Desault*; cu toate acestea nu este la adăpostul criticilor și anume: că este insuficient a remedia deplașarea, că exercită pe tegumente o presiune penibilă, producând escoriațiuni și chiar adevărate escare,

E. Follin, a întrebuințat pentru imobilizarea fragmentelor în fracturile claviculei *aparatul dextrinat al lui Velpeau*, fără a pretinde însă, că acest bandaji îndeplinește toate dezideratele chirurgului. Acest bandaji inspirat după aparatul lui *Desault*, dar mai simplu ca acesta este suficient la un bun număr de cazuri. (Follin).

După cum vedem, chirurgii au inventat o mulțime

de aparate, și numărul lor, arată ineficacitatea lor. Aparatele complicate au tendința de a fi abandonate, pentru-că ele nu permit supravegherea fracturei, și nu dau rezultate mai bune estetice și funcționale ca bandajele mai simple. Printre cele simple cităm: *eșarpa dablă a lui Gosselin*, întrebuințată și vulgarizată de profesorul *Tillaux*, a cărei unică pretențiune este de a mentine umărul și clavicula imobile. Trebue ca ea să fie supraveghiată și a se strânge la trebuință; 20—25 zile de imobilizare sunt sunt suficiente pentru consolidarea fracturei. *Eșarpa lui Mayor* de asemenea asigură pe cât este posibil imobilitatea fragmentelor; ea nu cauzează jenă bolnavului, care se resemnează a păstra decubitul dorsal cu o pernă de nisip între cei doui umeri. In acest mod vom proceda în majoritatea cazurilor de fracturi ale claviculului, greu de menținut. In acest mod, fără nici un inconvenient funcțional, putem obține consolidațiuni, fără deplasare, în timp de 15—20 zile.

Dar sunt puțini bolnavi cari voesc a se supune la o imobilitate așa de prelungită pentru o simplă fractură a claviculei; și prin natura lor, sunt oarecari fracturi, care refuză contențiunei. In asemenea cazuri. nu există aparat capabil, de a se opune deplasărei și de a menține reducțiunea și atunci chirurgii s'au gândit la un ait tratament care să ne scutească de aceste inconveniente. Mijlocul cel mai bun pentru a asigura contențiunea și a scurta durata tratamentului, este punerea in contact direct a oaselor fracturate și menținerea lor prin *sutură osoasă*.

II

Chestiunea suturei osoase a trecut prin multe stadii succesive, înainte de a ajunge la gradul actual de perfecțiune; ea a progresat sub scutul antisepsiei. Nu

voi face istoricul suturei osoase în general, ci mă voi mărgini numai la istoricul subiectului de față.

Studiile și experiențele ulterioare ajutate de radiografie, au arătat, că sutura osoasă este singurul procedeu eficace pentru a obține și menține o coaptare ideală a fragmentelor. Fracturele oaselor superficiale cum este clavicula, sunt cele dintâi care beneficiază de aceste intervențiuni.

Sutura osoasă se poate face: *A) Cu fire metalice*
B) Cu plăci metalice
C) Cu scoabe.

A) **Sutura cu fire metalice.** *Langenbuch*, din Berlin, este cel dintâiu chirurg care, în 1882, a făcut sutură osoasă într'un caz de fractură a claviculei stângi, la un băiat în vârstă de 10 ani. A incizat părțile moi la nivelul fracturei, a deslipit periostul, a suturat fragmentele cu-un fir de argint, apoi a reunit periostul cu catgut, iar pielea cu mătase. Rezultatul a fost excelent, căci a obținut o vindecare perfectă. Dar operațiunea aceasta a fost criticată, mai de toți chirurgii, zicând că rezultatele obținute prin bandajele ordinare, sunt destul de satisfăcătoare, pentru a nu mai fi nevoe de o intervenție sângerândă.

Whitson, în anul 1883, a intervenit într'un caz de fractură a claviculei drepte, la un băiat de 15 ani și a obținut rezultate perfecte.

Barker, în anul 1886, face sutura osoasă într'un caz de fractură neconsolidată, care a dat naștere la accidente nervoase, cu atrofia pectoralilor și turburări trofice ale pielei. După operație, toate aceste turburări au dispărut și se obține o vindecare perfectă.

Bilton-Pollard, în 1887, face rezecția și sutura fragmentelor într'un caz de fractură neconsolidată. Reunirea fu bună și vindecarea complectă.

Postempski Paolo, în Noembre 1887, publică un memoriu, în care relatează șase cazuri de fracturi ale claviculei, pe care le-a tratat cu succes, prin sutura

metalică. El conchide la întrebuințarea generală a acestei metoade în fracturile extremității externe.

Beaumé, în anul 1888, publică în „Archives générales de médecine“ observațiunea unui bolnav din Spitalul Tenon, serviciul lui Blum, cu o nevrită a plexului brachial, survenită prin compresiune în urma unei fracturi a claviculei. Blum face osteotomia și sutura claviculei. Operațiunea a fost urmată de vindecare complectă.

Charles H. Powers, în anul 1890, publică un studiu în „New-York Medical Journal“ unde arată, că sutura metalică, este tratamentul cel mai bun, în cazurile de fracturi ale claviculei.

Poirier, în 1891, publică un articol în „Semain Medicale“ asupra suturei osoase primitivă în fracturile închise ale claviculei. El expune observația a doui bolnavi: unul din serviciul Prof. Tillaux cu fractura cominutivă a claviculei drepte, la care se constata paralizia complectă, a membrului superior corespondent. Bolnavul refuză intervenția și părăsește spitalul. După câteva luni revede acest bolnav în serviciul Profesorului Charcot cu membrul atrofiat și mișcările abolite. Intervențiunea arată o fractură cominutivă a claviculei cu unul din fragmente neconsolidat, iar celel'alte reunite printr'un calus voluminos înglobând și apofiza coracoidă. Bolnavul părăsește spitalul după ce plaga operatoare s'a vindecat.

Starea sa însă nu s'a ameliorat din punctul de vedere al sensibilității și contractilității musculare. Intră din nou în spital, unde Terrillon îi făcu desarticulația umărului. Al doilea bolnav, de asemenea cu fractură cominutivă a claviculei, deși fără leziuni nervoase, recurge la sutura osoasă și după trei săptămâni, consolidarea este aproape complectă.

Paul Callégari, în teza sa susținută în 1891, studiază indicațiunele suturei osoase în fracturile claviculei.

Profesorul *Demons*, în 1892, comunică societăţei de anatomie şi fiziologie din Bordeaux, un caz de fractură fără plagă a claviculei stângi, pentru care a făcut sutura osoasă urmată de vindecare.

Nini, în acelaş an, publică două cazuri de fractură a claviculei, în care a făcut, cu succes, sutura metalică.

Richard, în teza sa inspirată de *Schwartz* şi susţinută în 1893, studiază indicaţiunele suturei osoase în fracturile claviculei. El ajunge la concluziunea că sutura osoasă nu poate constitui o metoadă generală de tratament şi că nu poate fi întrebuinţată decât într'un mod excepţional în cazurile următoare:

1) Pentru fracturi recente, însoţite de dezordine imediate cari ele însăşi reclamă o intervenţiune;

2) Pentru fracturi cominutive;

3) Pentru fracturi cu deplasare şi încălicare notabilă, unde există dificultate de reducţiune şi de contenţiune;

4) Pentru fracturi simultanee ale ambelor clavicule;

5) Pentru fracturi vechi, în cazurile de atrofie musculară considerabilă şi leziuni nervoase şi în cazurile de pseudartroze.

Chipault, în 1894, publică în «Revue neurologique» un studiu întitulat: „De la suture oseuse dans les fractures fermées de la clavicule avec lesion du plexus brachial". In acest studiu relatează două observaţii de fracturi ale claviculei — tratate prin bandaj obişnuit — dar fără rezultat. Chipault face intervenţia şi obţine rezultate bune. Studiază apoi indicaţiile suturei osoase şi ajunge la concluzia că: în fracturile închise ale claviculei cu leziuni ale plexului brachial, cel mai bun tratament este rezecţia urmată de sutura osoasă.

Busson, în teza sa susţinută în 1894, conchide că fracturile claviculei recente sau vechi, trebuesc tratate prin sutura osoasă.

Lejars, în una din lecţiunile sale clinice, studiază

fracturile claviculei și suturile osoase, și arată necesitatea unei operațiuni în cazuri de calus vicios însoțit de dezordine funcțională și de accidente de compresiune nervoasă și admite în totul indicațiunele puse de Poirier relativ la sutura osoasă („Leçons de chirurgie“ 1895).

In ședința Societății de chirurgie din Paris, din 13 Iunie 1894, s'a discutat raportul prezentat de Prof. *Nelaton*, asupra lucrărei lui *Roux de Brignoles fils*, din Marsilia, relativ la tratamentul fracturilor prin sutura osoasă. In acea lucrare Roux de Brignoles comunică două observațiuni de fracturi ale claviculei cu mare deplasare a fragmentelor și un extravazat sanguin considerabil. Deschizând focarul fracturei, a scos chiagurile și a suturat fragmentele. Vindecarea s'a obținut repede și bolnavii văzuți mai târziu nu prezentau nici o diformațiune. Roux, consideră sutura osoasă ca metoadă terapeutică cea mai de preferat în tratamentul fracturilor claviculei. Nelaton, însă, crede că concluziunele lui Roux sunt prea exagerate, și zice că numai în cazul când deplasarea fragmentelor e foarte mare, așa că pachetul vasculo-nervos, vecin, este amenințat, este indicată sutura fragmentelor. Incă o indicațiune pentru Nelaton ar fi, când la o tânără femee ne ar preocupa chestiunea de estetică; dar nu poate admite sutura ca metoadă generală în tratamentul fracturilor claviculei („Semain Médicale“, 1894).

La congresul de chirurgie ținut la Paris în anul 1895, a urmat o discuție foarte interesantă, asupra suturei osoase precoce sau tardive în soluțiunele de continuitate a oaselor. Raportul chestiunei, prof. *Heidenreich*, din Nancy, a tratat partea generală a chestiunei. Au luat parte la discuție în chestiunea tratamentului fracturilor claviculei *Berger*, *Reynier*, *Boeekel* din Strasbourg, *Villar* și *Demons* din Bordeaux, care a făcut comunicarea cea mai importantă la acest con-

Scanned with OKEN Scanner

gres, asupra acestui subiect. Toți sunt partizani ai suturei osoase; în fracturile cu deplasări considerabile, imposibile de redus sau ale menține reduse; în fracturi cari expun pe bolnav la producerea unui calus vicios, sau la o pseudartroză; în fracturi care amenință să rănească pachetul vasculo-nervos; în fracturi ale căror fragmente ascuțite constitue un pericol serios pentru integritatea tegumentelor; în fracturi cominutive și în fine în fracturi deschise.

Fevrier, într'un articol publicat în revista Asociațiunei Franceze de chirurgie, 1896, ajunge la concluzia, că trebue operate imediat toate fracturile ireductibile cu mare deplasare.

Latouche în „Centre Médical", publică un articol, în care după ce dă o privire istorică asupra chestiunei tratamentului fracturilor claviculei prin sutura osoasă se declară partizan absolut al suturei, afară de cazurile rare, unde nu este nici-o deplasare și când este vorba de un copil.

Richard, în articolul său asupra fracturilor claviculei din „Traité de Chirurgie" al lui *Duplay* et *Reclus* este de părere că sutura osoasă este indicată la fracturi complicate de plagă, ale căror fragmente comprimă vasele și nervii sub-clavieri.

Riffel, în articolul asupra fracturilor claviculei din „Traité de Chirurgie" al lui *Dentu* et *Delbet*, se declară partizan al suturei osoase.

Bec, în teza sa „Asupra suturei osoase în fracturile claviculuí", conchide că: sutura este indicată în fracturile recente însoțite de plagă, lesiuni vasculare și nervoase, în fracturile cu deplasare, imposibile de redus și de menținut; în fracturile unde fragmentele amenință a perfora tegumentele; în fracturile vechi cu calus considerabil sau cu o pseudartroză.

Ch. Fabre, în teza sa inaugurală „Asupra complicațiunilor vasculare în fracturile claviculei", ajunge la concluziunea că: sutura osoasă este indicată, când

fractura este complicată de rupturi vasculare și când s'a format un calus exuberant.

Prof. Tillaux în tratatul său de „Chirurgie clinique", relativ la fracturile claviculei se exprimă astfel: dacă linia fracturei este oblică, dacă violența loviturei a făcut să alunece fragmentele unul asupra altuia, nici un mijloc, afară de sutură nu va inpedica ca deplasarea să se reproducă.

Boully, în tratatul său de chirurgie, zice: că s'ar putea întrebuința sutura osoasă a claviculei, în fracturi complicate de plagă, în complicațiuni vasculare și conpresiunea plexului brachial.

Lejars, în „Traité de chirurgie d'urgence", spune că sutura osoasă, în fracturile claviculei, nu este indicată, decât numai în două eventualități: când scurtarea considerabilă a claviculei, din cauza încălecărei fragmentelor, este foarte greu de corijeat și când există compresiune nervoasă.

In România, majoritatea chirurgilor au practicat sutura osoasă, cu fire de argint, în fracturile claviculei.

D. *Prof. Demosthen* este cel dintâi care în anul 1891 a făcut sutura osoasă a fragmentelor claviculei. D-sa a întrebuințat pentru aceasta catgutul și firul de argint, tratând ast-fel mai multe cazuri de fracturi ale claviculei în serviciul D-sale din Spitalul Militar «Regina Elisabeta».

D-nii *D-ri Goilav* in 1892 și *Racoviceanu-Pitești* în 1893, ambii la Spitalul Colentina, au tratat cu succese prin sutură osoasă câte-va cazuri de fracturi ale claviculei, la care exista o deplasare a fragmentelor.

D. *Dr. Nanu Gh.* în serviciul I chirurgical din Spitalul Filantropia a intervenit în anul 1893, în tratamentul fracturilor claviculei, prin sutura osoasă cu fire de argint.

D. *Prof. Thoma Ionescu*, începând din anul 1895, a tratat, în clinica D-sale de la Spitalul Colțea, mai multe cazuri de fracturi ale claviculei, prin sutură cu fir de argint, obținând bune rezultate.

Scanned with OKEN Scanner

D. *Dr. Leonte*, a operat în 1897 la Spitalul Filantropia, o fractură cominutivă a claviculei, tot prin sutura osoasă. Rezultatul a fost mulţumitor.

D. *Prof. Severeanu*, a intervenit de asemenea pe cale sângerândă, făcând sutura claviculei în 1898. Rezultatul fiind satisfăcător, a aplicat această operaţie în toate cazurile la care se constata o deplasare a fragmentelor sau alte complicaţiuni ce necesitau intervenţia.

D. *Dr. Carnabel* în serviciul *Prof. Assaki*, a operat o fată care într'un acces de epilepsie îşi fracturase clavicula.

D. *Dr. Bălăcescu* a operat în serviciul D-lui Prof. Thoma Ionescu, în 1901, un caz de fractură a claviculei, făcând sutura cu fir de argint.

D. *Prof. C. Angelescu*, în clinica D-sale de la Spitalul Filantropia, şi D-nu Dr. *Skupiewscki* secundarul serviciului, începând de la 1904, au intervenit în mai multe rânduri pe cale operatorie în tratamentul fracturilor claviculei, făcând sutură osoasă cu fire de argint. Rezultatele au fost excelente.

D-nu *Dr. Poenaru-Căpiescu* în timpul secundariatului D sale în serviciul D-lui Prof. Thoma Ionescu a intervenit în peste 15 cazuri de fracturi ale claviculei, făcând reunirea osoasă prin fire de argint sau scoaba Jacoël. Rezultatele au fost perfecte.

D-nii *D-ri Constantinescu*, *Jianu*, în serviciul d-lui Prof. Severeanu de la Spitalul Colţea, D. *Dr. N. Athanasescu* în serviciul D-lui Prof. Angelescu, au intervenit cu succes în fracturile claviculei, făcând sutură osoasă.

B) **Sutura cu plăci metalice.** — Tecnica fixărei directe a fragmentelor osoase, a preocupat mult pe chirurgi, cari ne fiind satisfăcuţi prin sutura cu fire, imagină noi procedee.

Ollier încă din 1861 se servea pentru fixarea fragmentelor unei fracturi, de un cuiu sau şurup metalic care traversa cele două fragmente.

Scanned with OKEN Scanner

Hansman (XV. Congrés de la Association allemende de chirurgie 1886) întrebuința pentru fixarea fragmentelor, o placă de oțel nichelată pe care o fixa prin niște șurupuri ce treceau prin niște găuri ale plăcei și pătrundeau în cele două fragmente.

Procedeul lui Hansman a fost aplicat în serviciul lui *Schede* în diferite fracturi și pseudartróze.

Incercările anterioare și relele rezultate obținute în unele cazuri prin suturile cu fire maleabile determinară pe *Quénu* (Doixy, „De la prothése interne au moyen d'attelles d'aluminium dans le traitement des pseudarthroses", Th. de Paris 1894) să imagineze un procedeu prin care se face o sutură a oaselor și în acelaș timp un mijloc de sprijin exterior. El fixează pe suprafața fragmentelor, de asupra urmei de fractură, o placă de aluminiu de 10 cm. lungime pe 2—5 cm. lărgime, a căreia curbură era făcută după raza osului și fixată prin șurupuri.

Acest procedeu aplicat de Quénu, Thiriar, Schwartz, a dat succese.

In 1894, *D. Dr. Potârcă* ne având cunoștință de aceste încercări și, după îndemnul d-lui Prof. Demosthen, care în acest timp, căuta un mijloc mai eficace decât bandagele și chiar decât suturele cu fire, pentru tratamentul pseudartrozelor și a unor fracturi ale claviculei, a propus proteza metalică internă cu ajutorul plăcilor metalice construite din nichel.

D. Prof. Demosthen a aplicat acest gen de proteză în serviciul d-sale din spitalul Militar Central în 1896.

D-nii Dri Papilian și Potârcă au făcut de asemeni, în 1899, la spitalul Militar Central, sutura cu plăci metalice, într'un caz de fractură a claviculei.

C) **Sutură cu scoabe.**— *D. Dr. Anghel* într'un articol publicat în „Revista de chirurgie" a d lui Prof. Thoma Ionescu, din 1898, condus de cercetările și experiențele ce-a intreprins, expune un nou procedeu de sutură care constă în întrebuințarea de

scoabe metalice, făcute dintr'un metal rezistent. Aceste scoabe prezintă o ramură mai lungă, ce se aplică de asupra liniei fracturei, cu două braţe mai scurte îndoite în unghiu drept. Capetele braţelor vor fi ascuţite spre a se putea înfige în cele două segmente osoase de asupra liniei fracturate, iar feţele, căci ele au o formă triunghiulară, vor fi crestate oblic, pentru a se putea mai bine fixa în oase. Aceste scoabe vor avea diferite mărimi după oasele la care se vor întrebuinţa.

A. Jacoël, în 25 Decembrie 1901, descrie *„o scoabă pentru sutura osoasă“* şi după ce arată avantagiile cari le prezintă această scoabă, asupra suturei cu fire maleabile, crede că acest instrument va aduce servicii reale, simplificând suturele osoase şi ameliorând prognosticul.

Quénu, în şedinţa dela 28 Octombre 1902, a societăţii de chirurgie din Paris, prezintă doi bolnavi, cu fractura gambei, trataţi cu scoabele studentului în medicină Jacoël cu cari consolidarea a fost perfectă.

Conchide că ele sunt aplicabile în toate cazurile unde se indică sutura osoasă.

In „Presse Médicale“ din 15 Noembre 1902, *Dujarier* descrie instrumentaţia şi modul de aplicaţie a scoabei Jacoël.

In şedinţa Societăţei de Chirurgie din Paris, dela 3 Decembrie 1902, *Reclus* arată că Dr. Anghel a avut ideea acestei scoabe, încă de pe când era extern în serviciul său şi că întors în ţară, a pus ideea în practică. Primul bolnav a fost operat de d-l Prof. Demosthen, secundat de D. Dr. Anghel; al doilea de d. dr. Anghel.

Quénu, la aceeaşi şedinţă, observă că scoabele au fost întrebuinţate mult înaintea d-rului Anghel şi că scoabele lui *Jacoël* nu seamănă cu ale lui *Anghel* că ele port pe partea pătrunzătoare în os o serie de piramide supra-puse; această dispoziţie a vârfurilor

Scanned with OKEN Scanner

constitue originalitatea scoabelor *Jacoël*, ele uşurează pătrunderea, împedică plesnirea osului, asigură soliditatea.

Alţi chirurgi după *Quénu*, ca *Tufier*, *Terrier Dujarier*, *Thoma Ionescu*, etc, au încercat procedeul de sutură osoasă cu scoabe, obţinând rezultate excelente.

Făcând istoricul acestor consideraţiuni generale, asupra evoluţiei în tratamentul fracturilot claviculare voi încerca de a descrie tratamentul acestor fracturi arătând pe cât se poate, unde poate fi indicat un bandaj şi unde poate fi indicată o sutură osoasă.

Scanned with OKEN Scanner

Indicațiile Bandajelor și suturei osoase în tratamentul fracturilor claviculei

Inainte de a descrie indicațiile bandajelor și suturei osoase în tratamentul fracturilor claviculei voi face un scurt rezumat asupra cauzelor, frecvenței și diviziunilor acestor fracturi.

Fracturile claviculei sunt printre cele mai frecvente 15% (*Gurtt Bruns*) și aceasta frecvență se explică prin situația superficială a osului. In studiul fracturilor claviculei se distinge de ordinar, trei părți ale claviculei: treimea externă, treimea mijlocie și treimea internă. Dar această împărțire comodă pentru o expunere didactică, nu este întotdeauna exactă în clinică. Se poate fractura clavicula la orice vârstă dar copii sunt cei mai expuși la acest accident. In vârsta matură sunt mai frecvente la om ca la femee. Aceste fracturi sunt tot așa de frecvente de o parte a corpului ca de alta, dar cele produse prin acțiunea musculară—cari sunt mai puțin comune se produc mai adesea la dreapta. Ambele clavicule se pot fractura simultaneu. Cauzele acestor fracturi sunt, *directe* și *indirecte*. Soluțiunea de continuitate este în general rezultatul unei cauze indirecte. Cele mai frecvente fracturi sunt ale treimei mijlocii; vin apoi ale treimei externe și în urmă ale treimei interne.

1) *Fracturile treimei mijlocii*, sunt *incomplete* și *complete*. Cele *incomplete* sunt fracturi sub-periostale și se observă aproape exclusiv la copii; cele *con-*

plete sunt aproape singurile cari se observ. Acestea pot ocupa toate punctele treimei mijlocii dar mai ales unirea sa cu treimea externă și poate lua toate direcțiunile. Natura cauzei, modul cum lucrează această cauză, sediul lesiunei au o incontestabilă influență asupra direcțiunei și dispoziționei fragmentelor.

Cauzele directe, determină fracturi transversale sau dințate, fracturi cominutive sau cu eschile, pe când cele oblice succed în general șocurilor indirecte. O fractură oblică își are direcția din afară înăuntru și din nainte înapoi și aproape totdeauna este urmată de deplasare. *Fragmentul extern* este atras în jos prin greautatea membrului superior și tonicitatea deltoidului și împins înăuntru prin traumatism și contracțiunea celor doui pectorali și marele dorsal.

Fragmentul intern este atras în sus și înainte prin acțiunea tonică a m. cleido-mustoidian și prin greutatea membrului superior sănătos exersată prin intermediul ligamentului inter-clavicular (*A. Guréin*).

2) *Fracturile treimei externe sau acromială*, succed, o frecvență aproape egală unei cauze directe sau indirecte. Direcția fracturei este mai adesea oblică decât transversală și oferă particularitatea, deja signalată de Duverney, de a fi supusă prea puțin deplasărei. Brasdor explică această imunitate prin echilibrul muscular ce se stabilește între inserțiunile adverse ale trapezului și deltoidului.

3) *Fracturile treimei interne sau sternale*, au fost confundate multă vreme, cu un simplu epanchment sanguin (Maisonneuve), cu o luxație incompletă (Bichat). Ele ne sunt cunoscute grație lucrărilor lui Smith și mai cu seamă ale lui Delens. Ele sunt cele mai rare fracturi ale claviculei, au o direcțiune oblică și sunt lipsite de deplasare. Grație rezistenței periostului, inserțiunilor tendinoase și ligamentelor. Cauzele acestor fracturi sunt violențele exterioare și contracțiunele musculare și sunt, mai frecvente la dreapta.

Scanned with OKEN Scanner

In general, diagnosticu nu oferă greutăți. Prognosticul este benign, pentru că consolidarea printr'un calus osos se face în 15—20 zile la copil, 20—40, la adult. Prognosticul este mai serios, în cazuri de complicațiuni, dar acestea sunt excepționale, dacă avem în vedere frecvența considerabilă a fracturilor claviculei.

Vom căuta să vedem acum cari sunt cazurile și varietățile de fracturi ale claviculei, la care vom întrebuința în tratamentul lor bandajele sau sutura osoasă; cu alte cuvinte *cari sunt indicațiile bandajului*, și cari sunt *indicațiile suturei osoase* în tratamentul acestor fracturi.

Vom considera: I) *Fracturi ordinare*, II) *Fracturi rari sau cu complicațiuni*, III) *Fracturi vechi*, în cari se pot prezenta două cazuri principale, și anume: 1) *Când s'a produs o pseudartroză și consolidarea întârziată; și* 2) *Când s'a produs un calus vicios*.

I) **Fracturile ordinare.**—Gosselin le divide în trei clase: 1) fracturi fără deplasare; 2) fracturi cu deplasare, ușor de redus și ușor de menținut; 3) fracturi cu deplasare, reductibile, dar greu de menținut reduse.

In fracturile *fără deplasare* vom întrebuința masagiul, introdus în terapeutica fracturilor de Lucas Championière. El activează nutriținea membrului atins și scurtează durata tratamentului.

In fracturile *cu deplasare, ușor de redus și ușor de menținut, vom întrebuința bandajiu*, care este suficient pentru obținerea unui rezultat bun (Tillaux).

In a treia clasă de fracturi: *cu deplasare, reductibile dar greu de menținut*, câțiva chirurgi (Langenbuch, Whitson, Poirier, Smits, etc). consiliază sutura celor două fragmente osoase. *Léjars* sprijinindu-se pe cercetările lui Hurel, crede a interveni când scurtarea depășește 1 c.m. *Roux* (*de Brignolles*) consideră sutura ca metoadă de alegere; *Poirier*, o declară ca

admisibilă la muncitorii săraci cari cer un timp scurt de vindecare.

Partizanii suturei osoase în fracturile închise și necomplicate ale claviculei se sprijină pe: 1) frecvența pseudartrozelor, 2) pe compresiunea posibilă a pachetului vascular-nervos prin calus; 3) și persistența diformațiunilor notabile, neplăcute din punct de vedere estetic. Dar pseudartrozele sunt rare, și tot așa de rare sunt compresiunele pe nervi și mai ales pe vase. In adevăr, calusul este adesea exuberant, dar el nu este vicios, el nu jenează nici de cum funcțiunile; el constitue o simplă diformitate, *care nu autorizează pe chirurg de a practica o operațiune, chiar fără pericol* (Ch. Nelaton). Rapport sur les observations de Roux de Brignolles fils: (Bull. de la Soc. de chir., 1894, XX, p. 513).

Berger, este de părere că operațiunea suturei în fracturile claviculei nu este indicată decât numai în cazurile unde este o lesiune vasculară sau nervoasă. El spune că trebue să insistăm asupra îngrijirilor ce trebuesc date acestor fracturi, *asupra aplicațiunilor aparatelor, chestiuni foarte adesea neglijeate, și din care cauză se înregistrează insuccese în tratamentul fracturilor.*

In ședința Societății de chirurgie din 17 Iunie 1896, D. Prof. *Thoma Ionescu*, indică sutura osoasă în toate cazurile de fracturi ale claviculei, afară de copii, căci este cunoscut că aceste fracturi se deplasează totdeauna foarte ușor și nu există nici un alt mijloc de contențiune care să se opue la deformațiunile cari ar rezulta. Pe de altă parte ele se vindecă printr'un calus enorm, care poate determina fenomene de compresiune din partea vaselor și nervilor. Operația nu prezintă nici o gravitate cu chirurgia septică.

D. Dr. Leonte luând cuvântul asupra acestei chestiuni, spune că a avut ocaziunea de a trata un mare

număr de fracturi ale claviculei, niciodată însă n'a observat fenomene de compresiune prin calus sau fragmente. Bandajele, bine aplicate i-au dat rezultate bune.

La Societatea de chirurgie din București în ședința dela 3 Maiu 1906, *D. Dr. Poenaru-Căplescu* prezintă o serie de 5 bolnavi cu fractura claviculei tratate prin suturi metalice. Iată pe scurt istoricul acestor bolnavi:

1) Un elev de la școala de meserii de 16 ani, care într'o luptă franceză, la 6 Aprilie, cade pe umăr și'și fracturează clavicula stângă în treimea mijlocie. Fractura oblică, cu fragmentele încălecate de trei c. m. Reducere și sutura cu fir de argint. Vindecat la 12 Aprilie.

2) Un servitor, de 30 ani, cade din pom în ziua de 10 Martie și vine cu o fractură cominutivă în $^1/_3$ mijlocie a claviculei stângi. Se extrag eschilele. Se face coaptarea și sutura cu fir de argint.

Eșit vindecat la 1 Aprilie.

3) Un plugar, de 17 ani, e lovit de un cal la 15 Martie și vine cu fractură a claviculei stângi în $^1/_3$ externă. Incălecare de 3 c. m. Sutură cu scoabe Jacoël, după reducere. Vindecat la 1 Aprilie.

4) O fată, de 14 ani, servitoare, căzând din pat pe umărul drept, își fracturează clavicula dreaptă în $^1/_3$ externă. Sutură cu fire de argint.

5) Un bolnav, de 45 ani, își fracturează clavicula stângă în $^1/_3$ mijlocie, în ziua de 15 Martie.

Se descoperă focarul fracturei, care era cominutivă, se estrag eschilele, se coaptează și se mențin cu fire de argint.

Iată 5 cazuri, operate de mine, zice D. Dr. Poenaru, 4 prin suturi cu fire de argint și 1 prin scoabe, toate cu rezultate bune.

D. *Dr. Duma*, luând cuvântul spune: Nu sunt convins de utilitatea suturilor în fracturile claviculei și

rezultatele nu sunt mai bune ca cele obținute prin procedeele vechi. Dacă se întâmplă să se formeze un cal exberant prin masaj se reduce. Pentru fete mai ales, suturile prezintă dezavantagiul, de a lăsa o cicatrice, chiar când reunirea se face per-primam.

Intr'un caz al D-lui Dr. Poenaru s'a format un hematom, care a fost deschis; cu atât mai mult cicatricea va fi supărătoare pentru o persoană, care se decoltează. Intre altele, cunosc cazul unui student în medicină, azi doctor, care a fost tratat pentru o fractură a claviculei printr'un bandaj gipsat. A făcut un cal mare, ipertrofic, care prin masaj s'a redus. Nu văd deci, de ce am complica tratamentul printr'o intervenție care nu dă rezultate reale.

D. *Dr. Poenaru* luând din nou cuvântul spune că: Nu toate cazurile necesită sutură; sunt cazuri cari se vindecă bine și prin simpla imobilizare, dar într'o fractură cominutivă cu eschile, unde plaga există deja, cred că e mai bine să intervenim, pentru a estrage eschilele moarte, a regula fragmentele, a asigura coaptarea lor prin sutură. De asemenea sunt cazuri, în cari fragmentele sunt încălecate prea mult, pentru a nu avea un calus cexubeant, dureros sau supărător în sensul că comprimă pachetul vasculo-nervos din această regiune și să dea turburări consecutive în membrul corespunzător.

In ședința, Societății de chirurgie din București, la 15 Noembrie 1906. D. *Dr. Constantinescu*, prezintă doui bolnavi, intrați în serviciul D-lui Prof. Severeanu, cu fractura claviculei, cu deplăsări mari și cu numeroase eschile, la cari s'a intervenit prin sutura osoasă cu catgut. Rezultatul terapeutic cât se poate de frumos. In ședința dela 4 Aprilie 1907, a societății de chirurgie din București. D. *Dr. Poenaru-Căplescu*, prezintă un bolnav, cu o fractură a claviculei stângi în $^1/_3$ mijlocie, intrat în serviciul D-lui Prof. Thoma Ionescu. Era o fractură prin lovitură directă, comi-

nutivă și prezintă un fragment intermediar. „Am intervenit, spune D-sa, în ziua de 10 Ianuarie 1907, și am cusut fragmentele cu un fir de argint. Reunirea s'a făcut per-primam. Vi-l prezint azi, după 3 luni; rezultatul tardiv este foarte frumos: n'are dureri, calusul e mic și cicatricea este abia vizibilă. Fiind vorba de un om muncitor, cred că am obținut un rezultat cel puțin tot atât de bun ca și prin masaj și într'un timp mult mai scurt.

D. Dr. Duma luând cuvântul spune: „D. Dr. Poenaru, poate fi în drept să perziste în acest tratament al fracturilor claviculei, cu care a obținut rezultate bune. Dar nici acest caz nu mă convinge pe mine: „A fost vorba de o fractură a $^1/_3$ externe a osului, unde fragmentele sunt ficsate și de periost și de ligamentele fibroase din jurul lor, și unde acțiunea mușchilor intervine prea puțin la deplasarea lor. Cu toate acestea, sutura n'a avut darul de a provoca o coaptare perfectă, astăzi încă se vede că fragmentul extern este ceva mai ridicat deasupra celui intern. Eu cred că acest bolnav s'ar fi vindecat tot așa de bine și fără sutură, scutindu-l ast-fel și de intervenție și de cicatrice și de supurația eventuală a unui fir sau a unui hematon. Eu insist asupra acestui lucru, pentru că n-aș dori ca tinerii medici și studenți, cari asistă la ședințele noastre, să imite practica aceasta, inofensivă într'adevăr într'un serviciu de chirurgie model, și să uite practica chirurgicală de veacuri, care cu mai puține mijloace, dă rezultate tot așa de bune".

D. Dr. Racoviceanu-Pitești, luând cuvântul spune: „In serviciul meu se găsește actualmente un copil de 12 ani care venise cu o fractură a claviculei. Când l'am văzut pentru prima oară era cu un bandaj simplu. A șeasea zi de la intrare, când m'am decis ca să intervin am constatat că capetele fracturei sunt umflate, bine coaptate și consolidarea începută. Am re-

nunțat la intervenție și azi bolnavul e vindecat și fără nici o cicatrice.

D. Dr. Poenaru reluând cuvântul spune: „Practica mea personală coprinde azi 15 cazuri de fracturi ale claviculei tratate prin sutura metalică, cu fire sau cu scoabe și numai într'un singur caz am observat un bematom, pe care l'am deschis și care n'a avut nici o consecință. Incolo am avut 14 reuniri per-primam. Acest fapt împreună cu rezultatele obținute de alții, m'au făcut să perzist pe această cale. De alt-fel, în toate tratatele de chirurgie, se spune că nici un bandaj, fie el cât de bine aplicat, nu este în stare să mențină capetele fracturei coaptate, așa că tocmai în aceste cazuri, sutura e indicată.

Dacă am urmări rezultatele (îndepărtate) în fracturile claviculei, am găsi de sigur la cele tratate prin bandaje și masaj, la care coaptarea n'a fost bună, o scurtarre a claviculei și de sigur și oarecare jenă funcțională. Aceste inconveniente se înlătură prin sutura metalică".

II) *Fracturi rari sau cu complicațiuni.* Dacă în starea actuală a științei, trebuesc serioase restricțiuni, relative la sutura osoasă ca metodă generală în tratamentul fracturilor ordinare ale claviculei, ea este din contră indicată în circonstanțele următoare:

1) In fracturile complicate de plagă, produsă printr'un traumatism violent sau prin armă de foc. In acest caz eschilele vor fi aruncate profund, în țesăturile vecine, amenințând pachetul vasculo-nervos. In fața unei asemenea fracturi complicate a claviculei, ni se prezintă două indicațiuni terapeutice bine determinate: *a*) curățirea plăgei și regularea marginelor ei; *b*) extragerea eschilelor. Vom profita de această intervențiune pentru a sutura cele două fragmente principale, înainte de a închide plaga. Bolnavul nu riscă nimic, din contră, prin sutură se menține reducerea fragmentelor în mod mai sigur; putem avea avantajul

de a obține un calus regulat, în fine, se evită pseudartrozele.

2) In fracturile claviculei, fără plagă, sau fracturile închise în care toți chirurgii sunt pentru sutura osoasă și anume: când avem *lesiuni nervose și vasculare*; când avem o fractură cu deplasare sau încălecare a unuia sau ambelor fragmente, fie că aceste fragmente sunt imposibil de redus sau este cu neputință ale menține reduse.

III) *Fracturile vechi.* Am spus că aci se pot prezenta două cazuri:

1) Când s'a produs un calus vicios, reclamă, având în vedere vârsta bolnavului, vechimea și sediul leziunei, natura accidentelor, operațiuni diferite. Adesea trebue a practica, fie ablațiunea unei proeminențe care amenință pielea, fie rezecțiunea sau osteotomia urmată de sutură. Aceste operațiuni sunt destul de delicate, când ele se practică pe treimea internă a claviculei în raport cu marile trunchiuri venoase.

2) Când s'a produs o pseudartroză și consolidarea întârziată, dacă este bilaterală trebue a fi tratată prin sutură; dacă este unilaterală nu trebue să intervenim decât în cazuri destul de rare (Barker, Pillard, Callegari), când funcțiunele membrului sunt compromise prin faptul deplasărei, sau prin compresiunea ce unul din fragmente exercită pe plexul brachial.

Packard spune: că „nu toate fracturile claviculei se aseamănă, și că secretu succesului în tratamentul lor, constă, în tactul, raționamentul și atențiunea chirurgului“.

A) Tratamentul fracturilor claviculei prin bandage

Am văzut că cele mai frecvente fracturi ale claviculei sunt cele ale treimei mijlocii, vin apoi ale treimei externe și în fine ale treimei interne.

Acele ale treimei mijlocii când sunt produse de o cauză indirectă au în genere o direcțiune oblică, dirijeată: din afară înăuntru, de sus în jos și din nainte înapoi, rar în sens invers. Fracturile provenite din cauză directă sunt aproape totdauna transversale. Deplasarea în fracturile oblice se face pe fragmentul extern a cărei extremitate externă se scoboară cu umărul, iar extremitatea internă atrasă înainte și înăuntru, prin contracțiunea marelui pectoral, vine a se plasa sub fragmentul intern, care este ușor antrenat în sus și înapoi prin acțiunea fascicolului extern al m. sterno-mastoidian.

Fracturile directe, adesea transversale, oferă puțină deplasare mai cu seamă la copii la cari periostul este rezistent.

Polaillon, recomandă pentru reducțiune, procedeul lui Paul din Egina modificat: „Chirurgul se plasează înapoia bolnavului, pune unul din antebrațele sale în axilă, apoi se servește cu cealaltă mână pentru a apropia cotul de torace făcând a bascula în afară partea superioară a umărului pe care îl înpingem în sus în afară și înapoi prin ajutorul ante-brațului așezat în axilă.

Fractura mijlocie, oblică, este foarte adesea ireductibilă sau foarte greu de menținut redusă ceeace explică numărul considerabil de aparate propuse.

„Nici un bandaj nu este aplicabil la toate cazurile, zice Profesorul Richet: cel mai simplu și cel mai puțin jenant este adesea cel mai bun; în cazurile rebele, prin mijloacele cele mai bine combinate în aparență nu să obține decât rezultate cari lasă mult de dorit“.

Indicațiunea ideală a oricărui aparat este de a menține umărul în sus, înapoi și în afară ca prin intermediarul său să mențină fragmentul extern în această pozițiune; iar pe fragmentul intern a'l menține scoborât.

Scanned with OKEN Scanner

Nici unul din aparatele întrebuinţate nu îndeplineşte complect acest scop, şi nici unul nu menţine convenabil umărul înapoi. Bandaje numeroase construite în acest scop, nu îndeplineşte această condiţiune; ele sunt adesea greu suportate de bolnavi.

G. Davis a consiliat de a aplica aparatele, bolnavul fiind culcat pe spate pe un pat dur, poziţiune prin care fractura se menţine mai bine redusă.

Iată cum am proceda în tratamentul fracturilor claviculei: Dacă avem a face cu o fractură transversală sau aproape transversală cu o uşoară deplasare, sau dacă avem a face cu o fractură a extremităţei externe, aşezăm membrul într'o *eşarpă a lui Mayor*, bine aplicată şi a masa mai din vreme. Cum se aplică eşarpa lui Mayor? Iată cum: Luăm o compresă mare de bumbac, destul de largă pentru a face înconjurul corpului, şi o dublăm în triunghiu. Antebraţul flectat în unghiu ascuţit, cotul dus înainte şi înăuntru; prin baza triunghiului bine întinsă înfăşurăm cotul împreună cu o porţiune din braţ şi ante-braţ, iar extremităţile bazei le trecem pe faţa laterală a trunchiului şi le reunim înapoi printr'un nod provizoriu pe care îl vom înlocui printr'un ac de siguranţă sau prin cusătură. Vârful dublului triunghiu îl îndoim introducându-l pe sub ante-braţ şi cot, îl tragem în sus pe torace; unde cele două vârfuri vor fi ataşate la nişte bretele formate dintr'o bandă de bumbac, a cărei ansă mediană este fixată înapoi pe eşarpă, iar cele două capete trecute peste umeri protejeaţi prin vată, vin a se ataşa la cele două vârfuri ale eşarpei. Vom avea grija ca înainte de a aplica această eşarpă de a pune comprese pe fragmentele fracturei şi de este necesar să plasăm în axilă o perniţă de vată. Această eşarpă imobilizează umărul şi îl ţine sus.

Dacă ni se prezintă o fractură complicată, oblică, cu deplasare mare, cu fragmentele încălecate, redu-

Scanned with OKEN Scanner

cerea este ușoară, în general, dar menținerea reducțiunei, coaptarea eczactă, este aproape imposibilă.

In acest caz, nu vom putea obține o continuitate absolută—o reparațiune morfologică ideală. In aceste fracturi cu mari deplasări, clavicula se scurtează, devin o jenă notabilă în funcționarea membrului, se formează un calus enorm, diform, dureros. In acest caz este indicată sutura osoasă. Dar dacă bolnavul nu voește a se supune unei asemenea intervențiuni, ce vom face?

Vom reduce cu cea mai mare îngrijire înpingând umărul în sus, în afară și înapoi.

Reducțiunea este complectă, când lungimea claviculei fracturată este egală cu lungimea celei intacte.

Un ajutor menține această atitudine, în timp ce un altul face aparatul. Dar ce aparat?

Căci toate aparatele care abundează manualele speciale, orcât ar fi de complexe — sunt condamnate să alunece în primele 24 ore.

Vom face un *bandaj gipsat*. Pentru aceasta vom pune tampoane de vată bine așezate în scobitura supra și sub-claviculară, în axilă; apoi vom înfășura umerii și partea superioară a toracelui cu un strat groscior de vată și pe deasupra vom trage o fașe în modul următor: descriem câteva circulare în jurul toracelui, apoi ducem fașa (banda) oblic pe umăr, o scoborâm pe partea anterioară a toracelui, o trecem sub axilă, descriem un demitur circular, dorsal și de cealaltă parte o ducem din nou pe dedesupt înaintea și peste umăr pentru a reveni oblic înapoi. Vom descrie în fine în jurul celor doi umeri o serie de anse, oblice, cari îi atrag înapoi și în afară, vom face un *dublu încrucișător posterior*, după nomenclatura vechilor manuale de bandaje.

Peste această primă învelitoare vom trece o bandă de tarlatan gipsată, urmând acelaș drum, descriind dublu încrucișător posterior, *retractorul umerilor*.

Menținem reducțiunea, până la desicațiuneă completă și vom avea un aparat jenant în primele ore sau primele zile, dar cu care bolnavul se va obișnui și cu care, dacă este cu îngrijire aplicat, vom obține rezultate excelente (*Lejars*).

Tot în acest scop se întrebuințează și aparatul lui *Le Dentu*, despre care *Riffel* spune că a obținut bune rezultate. Nu-l voi descrie, după cum nu voi descrie nici alte multe aparate, cari formează un capitol din mica chirurgie.

După desfacerea oricărui bandaj vom face masagiu, fracturi pentru a activa nutriținea osului.

Richet, pentru a evita o diformitate totdauna penibilă la o tânără femee, a consiliat de a ține bolnava pe un pat, cu o perniță tare între umeri, cu brațul pe un plan mai ridicat ca al patului și ficsat în această poziținne în așa mod ca umărul să fie atras înapoi și în afară, iar în sus va fi ridicat printr'o legătură trecută sub axilă și ficsată de capul patului.

Această poziținne, care trebue a fi conservată până la consolidațiune, adică timp de 15 —20 zile aproape, este foarte penibilă. Cu toate acestea, se găsesc bolnavi cari, pentru a evita orice diformitate vor consimți a se supune acestui tratament.

B) Tratamentul fracturilor claviculei prin sutură osoasă.—Technica operatoare

Am văzut că o indicație morfologică, în tratamentul fracturilor claviculei prin sutură osoasă, nu există în realitate; iar când ni se prezintă ocaziunea de a interveni pe cale sângerândă, vom proceda în modul următor. După ce s'a făcut anestezia generală, după ce s'a luat cele mai riguroase măsuri aseptice, se face *incizia părților moi*. Această incizie se face în lungul claviculei pe o lungime de 4—8 c. m. în general. Incizăm succesiv pielea, țesutul celular sub-

cutanat, fibrele inferioare ale pielosului și o prelungire a foaiei superficiale a aponevrosei cervicale.

In grosimea acestor straturi se găsesc câteva fire nervoase venite din ramurile supra-claviculare și supra-acromiale venite din plexul cervical superficial, precum și mici vase fără importanță. Vena cefalică, care are un oarecare volum, vom căuta să o evităm.

Ajungând pe focaru fracturei, vom curăți chiagurile de sânge — corpuri străine și eschile osoase, dacă eczistă; ne dăm seama de traiectul și direcțiunea fracturei, de forma fragmentelor. Procedăm la deslipirea periostului de pe fragmente, înainte de a le reduce; apoi facem *sutura osoasă*. Această sutură se poate face cu *fire metalice*, *cu plăci metalice* sau *scoabe*.

1) *Sutura cu fire metalice*. — Natura firului întrebuințat pentru sutura osoasă poate fi: de argint, de platină de fier, cupru, etc.; cel mai întrebuințat este firul de argint. Firele metalice au un avantaj incontestabil, ele ne permit să obținem o coaptare perfectă a fragmentelor, din cauza rigidității lor, formând o ansă ficsă și invariabilă. Prin modul lor de înodare, ne permit a le deslega mai ușor, putând a'l retrage, fără a face dezordine în os sau părțile moi. Firul metalic asigură asepsia, este tolerat mai bine ca cel de mătase, a cărei ansă este flască și n'are prin ea însăși stabilitate, permițând astfel o mobilitate a fragmentelor. Tot asttel este superior catgutului, care se rezoarbe, înainte ca consolidarea să fie începută.

Unii operatori, înainte dea face reducțiunea, practică în fragmente numărul de găuri necesar; căci, zic ei, dacă am reduce fractura înainte de a fi pregătit găurile pentru trecerea firelor, am risca să fim siliți a reîncepe manoperile de reducțiune. Pentru găurirea oaselor se întrebuințează perforatorul lui *Collin*, *Lanelongue* sau al lui *Championière*. In timpul găurirei fragmentelor osoase, acestea sunt susținute de o lamă metalică, așezată pe fața inferioară a claviculei, o

spatulă — un mâner de instrument, sau un cleşte cu care se menţine fiecare fragment; aceasta, pentru a evita rănirea tegumentelor sau a organelor aflate înapoia claviculei. Firul va trebui să fie totdauna perpendicular pe direcţia fracturei, de aceia se va lua precaţiuni ca găurile să fie făcute la un loc bun cât se poate mai aproape de urma fracturei.

După sutura fragmentelor osoase, se face sutura periostului, apoi sutura părţilor moi, se face un pansament aseptic. Se pune o perniţă de vată în axilă, o alta între cot şi torace şi se aplică eşarpa lui Mayor pentru a asigura imobilizarea.

2. *Sutura cu plăci metalice.* — Voi arăta technica operatoare a acestui procedeu de sutură osoasă aşa cum se practica în serviciul D-lui Prof. Demosthen, descrisă de D. Dr. Potârcă. Făcându se asepsia regiunei de operat, se incizează tegumentele şi toate părţile moi, inclusiv periostul, paralel cu direcţia claviculei pe o întindere de 10—12 c.m. Se descoperă focarul fracturei. Dacă fragmentele sunt neregulate sau dacă există ţesut fibro-muscular între ele cari ar împedica consolidarea, se regulează extremităţile lor, se pun cap la cap şi se menţin în această poziţiune cu un cleşte al lui Farabeuf. Pe faţa superioară a celor două fragmente se înseamnă şi se sculptează cu dalta şi ciocanul un loc exact pentru adaptarea unei plăci metalice de aluminiu sau nichel, lungă de 3 c.m., lată de 7—8 m.m., şi groasă de 1 m.m. de formă dreptunghiulară, plană pe faţa ce atinge fragmentele şi uşor convexă pe cealaltă. Placa are marginele rotunjite şi la cele patru colţuri este străbătută de câte o gaură, destinate a primi patru şuruburi de acelaş metal. Cu un perforator se dă patru găuri în claviculă, la nivelul găurilor din placă. Apoi cu o şurupelniţă se înşurupează placa deasupra celor două fragmente exact coaptate. Printr'o a doua sutură pe muche, cu mătase sau catgut, se coase pe-

riostul (care fusese dela început desperiostat din jurul fragmentelor) și mușchiul peste placă și fragmente. In fine, se coase tegumentele cu crin de Florența; se aplică un pansament aseptic și peste acesta un bandaj pentru fractura claviculei.

3. *Sutura cu scoabe.*—Procedeul de sutură osoasă prin scoabe metalice, încercat de *Ollier*, *Wolf*, *Anghel*, *Vincent*, *Arbuthnot*, etc. a rămas infructuos, până când *Jacoël*, realizează un procedeu practic, prin modificările ce aduce scoabei. *Scoaba Jacoël* este compusă din trei părți: o lamă orizontală, reunind două ramuri perpendiculare. Lama orizontală are forma unui semi-cilindru, porțiunea plană repauzează pe suprafața osoasă, partea convexă este rotundă pentru a nu supăra părțile moi. Cele două ramuri destinate a pătrunde în os sunt formate dintr'o serie de piramide patrunghiulare, suprapuse așa că în totalitatea lor formează un fel de spic, care pătrunde cu mare ușurință în os, evitând plesniturile acestuia. Unghiul extern, format prin unirea tulpinei, cu a ramurilor perpendiculare, e ușor rotund spre a nu supăra părțile moi; pe când unghiul intern este absolut drept, pentru ca atunci când ramurile perpendiculare sunt introduse în substanța osoasă, fața plană a lamei orizontale să ia contact exact cu suprafața osoasă. Această descripțiune este a celui din urmă model de scoabă, pe care Dujarier a construit'o la Collin și care diferă prin mai multe detalii de tipul primitiv, imaginat de Jacoël.

Jacoël și *Dujarier* au construit patru modele de scoabe, spre a răspunde diferitelor trebuințe, și mai ales ca metal, oțelul argintat. In „Presse Médicale“ din Noembre 1902 Jacoël expune o ușoară modificare scoabelor prezentate anterior, anume: lama orizontală o face să fie tranșantă la partea inferioară, ca să poată pătrunde în os, ceeace contribue încă la ficsitate. De asemenea arată că nu este nevoie a se

argința, pentru că experiența arată că ele nu se oxidează. Un punct însă, pe care inventatorii nu l'au fixat, adică lungimea ce trebue dată ramurilor perpendiculare. Poate că ar fi avantagios ca ramurile să traverseze țesutul compact al feței osului, cavitatea medulară și țesutul compact din partea opusă. S'ar obține astfel o soliditate mult mai mare, căci o singură scoabă ar menține două fețe opuse.

Inainte de a implanta scoaba trebue să facem găurile. Pentru aceasta ne servim de un *perforator* ca acel al lui Collin, Lanelongue sau Championière. Dujarier de asemenea a construit un perforator, expres pentru aplicarea scoabelor. Diametrul găurei ce facem să fie egal cu partea mijlocie a ramurei penetrante, așa că, când se va înfige scoaba, vârfurile sale să poată intra fără greutate; înțepenindu-se numai prin cele patru unghiuri. La fiecare scoabă va corespunde, deci, un perforator.

Făcându-se găurile și așezând scoaba ne trebuește un ciocan. Pentru acest scop, Dujarier, a construit la Collin un ciocan, ce are unul din capete larg și pătrat, permițând de a lovi pe o suprafață mai mare; celalt capăt este circular și mic, încât putem lovi pe o suprafață mai restrânsă. Dujarier a mai remarcat că, adeseaori din cauza profunzimei osului în plagă, este greu de a lovi scoaba pe unghiu și în direcțiunea dorită; pentru aceasta el întrebuințează un *chasse-clou* construit la Collin, a cărei extremitate inferioară îmbucă unghiul scoabei și ne permite să lovim cu ușurință în axa ramurei penetrante.

Technica aplicărei scoabelor este următoarea: După ce se face incizia părților moi, se face examenul, se regulează și se reduc fragmentele. Pentru contenție, în timpul cât se găuresc oasele, Tuffier a construit diferite modele de clește; sau putem fi scutiți de ele menținând fragmentele reduse pe o spatulă sau depărtător. Se măsoară, cu o scoabă așezată pe os,

depărtarea celor două vârfuri, în locul care pare cel mai favorabil; avându-se în vedere regula generală ca scoaba să fie aplicată perpendicular pe urma fracturei. Cu un perforator corespondent scoabei se practică o gaură, perpendicular pe suprafața osului. Această gaură va trebui să pătrundă țesutul compact, cavitatea medulară și ceva din țesutul compact al feței opuse. Făcându-se prima gaură, se măsoară din nou locul unde va trebui să pătrundă al doilea vârf al scoabei și se găurește a doua gaură. După ce s'a făcut găurile, se așează scoaba și se implântă cu ușoare lovituri de ciocan aplicate pe fiecare din unghiurile scoabei în direcția axei vârfului. Pentru executarea acestui timp, *Duijourier* a simțit necesitatea ciocanului și chasse-cloului pe care le-a construit și cari permit de a bate scoaba, încet, fără a leza părțile moi și a lovi exact în axa vârfului.

După ce s'a implântat scoaba, se face sutura părților moi ca și în celelalte genuri de sutură. Operația fiind terminată, se aplică un pansament și un bandaj simplu.

Ca să termin, voi spune că urmările imediate ale operațiunei au fost întotdauna din cele mai simple. Consolidarea s'a obținut de obiceiu în 20—25 zile. Calusul a fost puțin voluminos și nedureros în unele cazuri, de abia apreciabil prin palpare.

In sfârșit, în tratamentul fracturilor claviculei vom fi conduși în alegerea procedeului, după indicațiunile furnizate de fractură, după vârstă și poziținea socială a bolnavului.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIUNI

OBSERVAȚIA I

Spitalul Colțea.--Clinica D-lui Profesor THOMA IONESCU

Fractura cominutivă a claviculei drepte in treimea mijlocie. Sutură cu fir de argint.

I. N. E, în vârstă de 30 ani, cultivator de pământ, intră la 5 Februarie 1903, în serviciul d-lui Prof. Thoma Ionescu. Cu șease zile înainte, bolnavul ne spune, că trecând peste un părâu înghețat—alunecând, a căzut pe umărul drept. In acel moment simți o durere vie în regiunea claviculară.

Ridicându-se de jos observă că membrul superior drept nu poate executa mișcările voite și că cele mai mici încercări de a-l mișca îi producea dureri mari, cari se iradiau din partea contusionată până la degetele mânei corespondente. Membrul superior, după expresia bolnavului, îl simte ca o povară—și se vede nevoit să-l susțină cu mâna stângă, evitând astfel durerile mari ce i le provoca prin greutatea sa.

Starea prezentă.—Se constată că umărul drept este lăsat mai jos și adus pe un plan anterior și mai apropiat de linia mediană, ca umărul stâng. Corpul urmează și el această scoborâre, așa că este înclinat spre dreapta și înainte.

Regiunea umărului drept puțin tumefiată, foza supra și sub-claviculară aproape șterșe ; în treimea mijlocie a claviculei există o proeminență de mărimea unui ou mic ; pielea acestei regiuni are o coloratie vânătă-galbenă și pe dânsa se desemnează, în partea externă, două plăci echimotice mai închise. Palpația ne indică, o soluție de continuitate a claviculei, la unirea treimei externe cu cele două treimi interne. Fragmentul este eșit înainte și în sus, extremitatea lui externă simțindu-se bine sub piele. Fragmentul extern este dus în jos și înapoi, în cât nu-l putem palpa de cât cu oarecare greutate. Căutând a se imprima mișcări acestor fragmente, se aud crepitațiuni intense.

Mișcările de ridicare ale membrului sunt foarte dureroase, brațul nu se poate aduce la înălțimea umărului.

Se pune diagnosticul de *fractură cominutivă a claviculei drepte în treimea mijlocie* și se propune intervenția sângerândă, care este primită.

Operația.— La 7 Februarie, după cloroformizarea bolnavului și asepsia regiunei, se deschide focarul fracturei, făcându-se pe claviculă o incizie orizontală lungă de 8 c. m; se pun în evidență extremitățile fracturei cari se reduc și se mențin pe un depărtător pentru a fi găurite cu un perforator Collin; apoi se suturează cu un fir de argint, trecut prin găurile astfel făcute, la cele două extremități ale fracturei claviculei. Se capitonează cu catgut. Tegumentele se suturează cu crin de Florența și se aplică un bandaj pentru fractura claviculei.

Mersul după operație. — Temperatura normală. Bolnavul acuză dureri în regiunea claviculară dreaptă.

12. Febr. Se desface pansamentul și se constată o mică dislocare a fragmentelor.

18 Febr. Se schimbă pansamentul; plaga reunită per primam.

21 Febr. Se scot firele, fragmentele sunt menținute în poziție normală.

24 Febr. Se ridică pansamentul; plaga cicatrizată, calusul la nivelul suturei puțin mărit, nedureros prin presiune; mișcările de ridicare ale membrului liber.

27. Febr. Bolnavul părăsește spitalul complect vindecat.

OBSERVAȚIA II

Fractură cominutivă a claviculei stângi la unirea treimei externe cu cea mijlocie.—Sutura cu scoaba Jacöel,

B. Sch.., bărbat în vârstă de 40 ani, primit în serviciu D-lui Prof. Thoma Ionescu, în ziua de 17 Oct. 1903.

Cu opt zile înainte, mergând cu căruța la un sat vecin, fundul căruței, de care era rezemat, ne fiind bine înțepenit, se desfăcu și bolnavul a căzut pe spate izbindu se mai mult cu umărul stâng de pământ. In același timp auzi o trosnitură și simți o durere la nivelul claviculei. După ce se sculă, a observat că membru superior stâng nu mai poate executa mișcările obișnuite, de cât într'un mod foarte redus.

Intră în spital și la examenul local constatăm: o ușoară tumefacție a umărului stâng; o chimoză galbenă-violacee se întinse pe foza supra și sub-claviculară, partea anterioară

stângă a pieptului până în axilă ; la nivelul claviculei are o coloraţie mai închisă. Umărul stâng este lăsat pe un plan inferior şi adus ceva mai înainte, de partea sa externă, de cât umărul drept. Prin palpare, la nivelu claviculei stângi, se constată că osul prezintă la unirea treimei externe cu cea mijlocie, o soluţie de continuitate, oblică, puţin în jos şi înăuntru. Fragmentul intern este dus în sus şi înainte, extremitatea sa externă simţindu-se sub piele şi încalecă fragmentul extern care este posterior şi inferior. Nu avem semne de compresiune sau lesare a organelor sub-jacente.

Operaţia.—La 17 Oct. După anestezia generală şi asepsia regiunei, se face pe claviculă incizia părţilor moi, pe o întindere de 7 c. m., găsim fragmentele încălecate, cel intern deasupra celui extern pe o întindere de 2 c. m. Din fragmentul extern se rezecă o eschilă lungă de 2 c. m., desfăcută din marginea postero-superioară a fragmentului intern. Se face reducerea fragmentelor prin mişcări în afară ale braţului, depărtându-se, astel, umărul de linia mediană. Fragmentele, bine coaptate, se menţin pe un depărtător Farabeuf. Se însemnează pe claviculă, cu vârfurile scoabei, locul unde va trebui să se facă găurile.

Cu un perforator Collin, care să nu întreacă grosimea ramurilor scoabei, se pătrunde perpendicular, trecând puţin şi în ţesutul compact al feţei opuse. Se implântă scoaba, lovindu-se pe unghiuri cu un ciocan, Dujarier, până ce face cât se poate mai mic relief la suprafaţa osului. Se capitonează cu catgut şi tegumentele se suturează cu crin de Florenţa.

Mersul după operaţie.—Temperatura normală. La 28 Oct. se desface pansamentul, reunirea per primam ; bolnavu ese vindecat, pentru a reintra din nou în spital la 28 Ian. 1904 pentru a i se scoate scoaba. Se suturează plaga şi la 30 Ianuarie iese pentru a veni peste opt zile spre a i se scoate firele ; La 7 Febr. se scot firele, reunirea per primam, consolidare ideală, calusul abia perceptibil, mişcările membrului superior stâng complect restabilite.

OBSERVAŢIA III

Fractura claviculei drepte în treimea externă.— Sutură cu scoaba Jacoël.

Tânărul I. S. în vârstă de 18 ani, intră la 26 Ian. 1904 în clinica D-lui Prof. Thoma Ionescu.

Cu patru zile înainte, cade prin alunecare pe umărul drept.

Examenul local arată umărul drept mai coborât şi tumefiat,

Scanned with OKEN Scanner

clavicula face o proeminență în treimea externă. Prin palpație și mișcări, durerile se accentuiază la nivelul fracturei și concomitent se produc crepitațiuni. Urmând clavicula spre extremitatea sa externă, se constată o proeminență osoasă unghiulară.

Operația se face la 28 Ianuarie sub cloroform ; se incizează tegumentele la nivelul claviculei, se ajunge la focarul fracturei.

Se coaptează fragmentele, aplicându-se scoaba Jacoël.

Se suturează părțile moi cu crin de Florența, și se aplică un bandaj pentru fractura claviculei.

După operație. Temperatura normală ; starea generală bună.

La 5 Febr. Se scot firele, reunire per primam. La 28 Februarie se scoate scoba. La 8 Martie se scot firele celui de a doua incizie făcută pentru scoaterea scoabei, reunire per primam. Calusul perfect bolnavul servindu-se de membrul său ca și mai înainte.

OBSERVAȚIA IV

Fractura claviculei drepte în treimea externă. — Sutură cu scoaba Jacoël.

T. R. Intră în clinica d-lui Prof. Thoma Ionescu în ziua 14 Aprilie 1904, pentru o fractură a claviculei drepte produsă printr'o cădere de pe bicicletă, pe umărul drept.

Examenul local constată umărul drept tumefiat și lăsat pe un plan mai inferior și anterior ca umărul stâng. Mișcările membrului superior drept limitate, din cauza durerilor ce nasc la focarul fracturei—așa bolnavul nu poate ridica brațul la nivelul umărului. Distanța dintre furșeta sternală la corpul acromionului din partea dreaptă mai mică decât în stânga. Către treimea externă a claviculei drepte se palpează, o discontinuitate a acestui os, urmând un plan transversal. Fragmentul intern, puțin ridicat în sus și înainte, încalecă asupra celui extern.

La 14 Aprilie se face sutura fragmentelor cu scoaba Jacoël ; în aceiași zi bolnavul se concediază, după cererea sa, rămânând să vie pentru a i se scoate scoaba.

OBSERVAȚIA V

Fractura claviculei drepte în 1/3 mijlocie. — Sutură cu fire de argint.

V. G. de 44 ani, intră în serviciul d-lui Prof. Thoma Ionescu, în ziua de 5 Oct. 1905. Cu trei săptămâni înainte

căzând de pe o scară dela o înălțime de 10 metri, pe umărul drept, a simțit o durere vie și nu a mai putut mișca membrul superior corespunzător. A venit la spital în aceiași zi, dar renunță la intervenție. Intră în spital a doua oară după trei săptămâni.

Starea locală. La inspecție umărul nu este diformat. Mișcările conservate dar în executarea lor are dureri mari. La palpare se simte o ridicătură, iar prin palpație mai profundă se constată fragmentele mobile; cel extern dus în jos și înainte, cel intern ridicat în sus.

Operația se face la 10 Oct. 1905 de d. Prof. Thoma Ionescu. După ce se face asepsia regiunei, sub cloroform se face o incizie de 10 cm. în lungul claviculei. Se descoperă focarul fracturei; se constată o consolidare vicioasă cu un calus interpus neregulat care cu oarecare dificultate se extirpă. Se coaptează fragmentele și se mențin prin două fire de argint; unul perforant și altul legat pe deasupra celor două extremități. Se aplică bandaj gipsat care se scoate la 1 Noembre. Reunire per-primam. Se scot firele, se aplică un pansament. La 5 Noembre se începe un masaj.

OBSERVAȚIA VI.

Fractura claviculei drepte la unirea $^1/_3$ externe cu cele două treimi interne.—Sutură cu scoaba Jacoël.

Stanca C. intră în serviciul d-lui Prof. Thoma Ionescu, în ziua de 25 Ianuarie 1906. Bolnava alunecând, în momentul căderei se prijini pe mâna dreaptă. Simte dureri mari în umărul drept, membrul superior drept nu-l mai mai poate mișca.

Starea locală. In regiunea claviculei drepte se constată o tumefacție; umărul drept scoborât și rotat înăuntru. Capătul extern al claviculei este lăsat în jos; cele $^2/_3$ interne sunt ridicate în sus. La palpație se constată crepitațiuni cari se accentuează când facem mișcări pe cele două fragmente.

Operația se face la 25 Ianuarie de d. Dr. Bălăcescu. Se scot 2 eschile mari de câte 2 cm.; una aparținând feței superioare a fragmentului intern, alta marginei inferioare a fragmentului extern; se pun extremitățile fragmentelor în contact, astfel că fragmentul extern îmbucă în perderea lui de substanță pe cel intern. Se aplică o scoabă Jacoël, un fir de catgut și se coase. Se aplică un pansament. La 3 Februarie se desface pansamentul, se scot firele, reunire per-primam. Se găsește o deviație a fragmentelor și un calus osos.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIA VII-a

Fractura claviculei drepte în 1/3 externă. Sutură cu fir de argint.

Ana Fl. de 14 ani, servitoare, intră în serviciul d-lui Prof. Thoma Ionescu în ziua de 4 Martie 1906. Bolnava sculându-se repede din pat, cade pe umărul drept; simte o durere vie în regiunea claviculei drepte.

Starea locală. Umărul drept scoborât, bolnava ține capul și trunchiul aplecat spre dreapta. Antebrațul drept susținut cu mâna sănătoasă.

Prin palpare și ușoară presiune deșteptăm dureri vii și se simte o deplasare, în 1/3 externă. Cele două fragmente se mișcă mai cu seamă pe un plan antero-posterior.

Operația, se face de d. Dr. Poenaru-Căplescu. Se face o incizie pe fața anterioară a claviculei, lungă de 7 c.m.

Se descoperă focarul fracturei și se constată că este situată la unirea 1/3 externe cu cele 2/3 interne. Se face coaptarea și sutura cu fir de argint, după ce s'a perforat ambele capete ale fragmentelor.

Se închide plaga, se aplică un pansament. La 8 Martie, bolnava acuză dureri, s'a format un hematom Se desface un fir de sutură și prin presiune se scurge un lichid piosanguinolent. Se introduce Tinctura de Iod și se pune un dren. Se pansează în fiecare zi până la 30 Martie când se scoate firul de argint; se aplică apoi 3 fire de sutură la piele cu setolină. Bolnava se concediază; vine la pansameat. Fragmentele nu s'au consolidat.

OBSERVAȚIA VIII-a

Fractura cominutivă a claviculei stângi la unirea 1/3 externe cu cele 2/3 interne. Sutură cu fir de argint,

Ch. Gh., de 30 ani. intră în serviciul d-lui Prof. Thoma Ionescu, în ziua de 11 Martie 1906. Cu trei zile înainte a căzut dintr'un pom, pe umărul stâng. Imediat simte la acest nivel o durere vie; mișcările membrului superior corespondent păstrate dar foarte dureroase.

Starea locală. Umărul stâng tumefiat. Tegumentele brăsdate de dungi echimotice violacee. Explorând clavicula găsim la unirea 1/3 externe cu 1/3 mijlocie un punct dureros, simțind în acelaș timp și crepitații.

Operația. Se face la 19 Martie 1906, de d. Dr. Poenaru. Se face o incizie lungă de 12 c. m. la nivelul focarului de fractură. Se descoper cele două fragmente principale și es-

chile mici neregulate cari se estrag. Se coaptează fragmentele principale și după ce se perforează extremitățile se face sutura cu fir de argint, se suturează tegumentele. Se aplică un pansament. La 1 Aprilie ese din serviciu.

OBSERVAȚIA IX-a

Fractura claviculei stângi în 1/3 externă. Sutură cu scoaba Jacoël.

N. V. de 17 ani, plugar, intră în serviciul d-lui Profesor Thoma Ionescu, în ziua de 15 Martie 1906. In aceiași zi pe când ținea un cal pe care-l potcovea un țigan, calul face o săritură sdrobind umărul stâng al bolnavului.

Starea locală. Umărul stâng tumefiat și scoborât, mișcările membr. corespunzător dureroase. Prin palpație simțim întremitatea externă a claviculei crepitații unde bolnavul acuză o durere violentă. Se simte de asemenea mobilitatea celor două fragmente.

OBSERVAȚIA X

Fractura claviculei stângi în 1/3 mijlocie. Sutura cu fir de argint.

P. I. de 45 ani, muncitor, intră în serviciul d-lui profesor *Toma Ionescu* în ziua de 15 Martie 1906. Cu o zi înainte cade de pe acoperișul unei case de la o înălțime de 4 m., pe latura stângă. In acel moment simte o trosnitură și o durere violentă localizată la nivelul umărului stâng.

Starea locală. Umărul stâng deformat, tumefiat și lăsat pe un plan mai inferior ca cel drept. Mișcările brațului sunt posibile, dar dureroase. Prin palpare se constată la nivelul claviculei stângi, către extremitatea sa externă, prezența unui punct dureros, crepitație și două fragmente, unul intern mai mare, care face relief sub piele, altul extern, mic, dus în jos și înapoi.

Operația se face la 28 Martie 1906 de d. dr. *Poenaru-Căplescu.*

Se face pe fața superioară a clavicului o incizie lungă de 8 c. m. la nivelul focarului de fractură. Se constată o fractură cominutivă, se extrag câte-va eschile, se coaptează fragmentele și se face sutura cu fir de argint.

OBSERVAȚIA XI

Fractura claviculei stângi în 1/3 mijlocie. Sutura cu fir de argint.

Scanned with OKEN Scanner

M. I. de 16 ani, elev, intră în serviciul d-lui profesor *Toma Ionescu* în ziua de 6 Aprilie 1906. Cu o zi înainte într'o luptă franceză cu un coleg al său, cade la pământ pe umărul stâng, simțind o trosnitură și o durere vie.

Starea locală. Umărul stâng tumefiat, lăsat pe un plan mai jos și anterior celui drept. Are impotență funcțională a membrului superior corespondent. Explorând clavicula se constată un punct dureros în $^1/_3$ mijlocie, unde se simte o încălecare a fragmentelor.

Operația se face la 7 Aprilie 1906, de d. dr. *Poenaru-Căplescu.*

Se face o incizie lungă de 10 c. m. la nivelul focarului de fractură, să descoper fragmentele încălecate, să reduc, să coaptează ușor și să ficsează printr'un fir de argint, după ce s'au perforat extremitățile. Să acopere focarul prin sutura straturilor, se aplică un pansament.

OBSRVAȚIA XII

Spitalul Filantropia.—Serviciul D-lui Dr. NANU GH.

Fractură cominutivă în $^1/_3$ mijlocie a claviculei stângi. — Sutură cu fir de argint.

I. P, bărbat de 30 ani, intră în spital la 30 Octombrie 1893. Cu o zi înainte, fiind strâns între două căruțe, a auzit o trosnitură și în acelaș timp dureri violente în umărul stâng.

Examenul local arată că umărul stâng este mai scoborât, capul și trunchiul plecat de partea lezată; cotul stâng susținut de mâna sănătoasă. Mișcările membrului corespondent sunt dureroase. Durerile se iradiază dela nivelul fracturei în tot membrul superior stâng. Prin palpare se constată în partea mijlocie a claviculei stângi, o diformațiune a osului, formând ca un fel de unghiu proeminent sub tegumente.

1 Noembrie, operația sub cloroform. Se face incizia tegumentelor, se dă de focarul fracturei, se descoper fragmentele; cel intern este dus în sus și înainte încalecă pe o distanță de 3 c. m. peste fragmentul extern, care este inferior și posterior. Se estrage o eschilă ce era deslipită din fragmentul intern. Se reduc fragmentele, se perforează, fiind susținute pe un depărtător și se suturează cu fir de argint; tegumentele cu catgut

La 9 Noembrie reunire per primam. Se aplică un bandaj, bolnavul se concediază.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIA XIII

Fractura cominutivă a claviculei drepte în 1/3 externă. — Sutura cu fir de argint.

B. P., muncitor, în vârstă de 30 ani, alunecă în ziua de 17 Noembrie 1903, pe treapta unei scări dela înălțime de un metru și cade pe cot și umărul drept. Se prezintă la spital în ziua de 20 Noembrie și se constată fractura claviculei drepte în 1/3 externă cu deplasare și încălecarea fragmentelor. La 23 Noembrie se operează sub cloroform extrăgându-se două sechestre, se face sutura fragmentelor cu fir de argint, tegumentelor cu catgut.

La 2 Decembrie se schimbă pansamentul, la 12 Decembrie, s'a scos firul de argint și s'a aplicat un bandaj gipsat. Boloavul iese vindecat.

OBSERVAȚIA XIV

Spitalul Filantropia, clinica d-lui prof. dr. ANGELESCU

Fractura claviculei drepte în treimea internă. Sutura cu fir de argint.

W. I. bărbat, în vârstă de 31 ani, de profesiune jokeu, intră în serviciul d-lui profesor Angelescu, în ziua de 29 Aprilie 1907. In urma unui accident de călărie la curse, în goana calului a fost aruncat jos pe umărul drept, fracturându-și clavicula dreaptă în 1/3 internă.

Examenul local arată o tumefacție în regiunea claviculară; prin palpare bolnavu acuză dureri la unirea treimei interne cu cele două treimi externe. Se simte crepitații.

Operația la 2 Mai 1907, de d. dr. Skupiewschi. Sub cloroform după ce se face asepsia regiunei, se face pe clavicula o incizie de 8 c. m. a cărei parte mijlocie corespunde cu focaru fracturei, se descoper fragmentele cari se reduc, se coaptează și se face sutura cu fir de argint. Se suturează și părțile moi, se aplică un pansament anseptic.

Ese vindecat peste 15 zile cu reunire per-primam.

OBSERVAȚIA XV

Fractura claviculei drepte în treimea externă. Sutură cu fir de argint.

H. M. de 31 ani intră în serviciul d-lui profesor Angelescu în ziua de 24 Martie 1906. Fiind apucat între un butoi plin și un zid, simți o durere mare în umărul drept și n'a mai putut face nici o mișcare cu membrul superior corespondent.

Scanned with OKEN Scanner

Starea prezentă. Bolnavul stă aplecat cu capul și trunchiul spre dreapta ; în regiunea claviculară se observă o tumefacție — umărul drept scoborât, în $^1/_3$ externă a claviculei se observă un șanț vertical care desparte clavicula de umărul drept.

Sub piele se simte o proeminență și crepitațiuni osoase. Mai constatăm o mare deplasare a fragmentelor. anume ; cel intern proemină sub piele, iar cel extern este dus înnapoi în scobitura supra-claviculară. La intrarea în serviciu s'a redus și coaptat fragmentele și s'au imobilizat prin aparatul Gerdy.

La 27 Martie s'a intervenit de d. profesor Angelescu.

Sub cloroform. se face asepsia regiunei de operat, se face o incizie în lungul claviculei, se descoper cele două fragmente, se suturează cu un fir de argint. După 25 zile bolnavul ese vindecat.

La 7 Iunie bolnavul revine și scoate firul de argint.

OBSERVAȚIA XVI

Fractura claviculei drepte în $^1/_3$ internă. Sutura cu fir de argint.

J. D. bărbat, de 18 ani intră în serviciul d-lui profesor *Angelescu* în ziua de 21 Aprilie 1908. In urma unei căderi pe partea dreaptă a corpului, a simțit o durere bruscă în partea extremității interne a claviculei drepte.

Starea locală. Bolnavul are dureri, când imprimăm mișcări membrului superior drept. La palpare se simte ușoare crepitații în $^1/_3$ internă a claviculei și o diformație de mărimea unei nuci.

Operația la 3 Maiu 1908. D. dr. Athanasescu. Se face sub cloroform, asepsia regiunei și se face incizia tegumentelor în lungul claviculei de 10 c. m. Se găsește focarul fracturei în $^1/_3$ internă ; se suturează fragmentele osoase cu fir de argint, se acoper cu periost și se face sutura tegumentelor. Se aplică un pansament aseptic. La 15 Maiu se concediază vindecat.

După 20 zile s'a revăzut pacientul în perfectă stare de consolidare.

OBSERVAȚIA XVII

Spitalul Colțea — Clinica D-lui Prof. SEVEREANU

1. *Fractură cominutivă a claviculei drepte în $^1/_3$ mijlocie.— Sutura cu fir de argint.*

N. C., bărbat, de 25 ani, cade la 10 Septembrie 1902 pe umărul drept. Intră în spital la 14 Septembrie. Examinat, se constată : umărul drept, tumefiat, tegumentele echimotice, mișcările membrului corespondent reduse și dureroase. Prin palparea claviculei, se simte la partea mijlocie o soluție de continuitate; fragmentele face o proeminență sub piele.

Operația se face la 16 Septembrie 1906. Incizându-se tegumentele, se ajunge pe focarul fracturei; fragmentele sunt încălecate, se reduc, se coaptează, se suturează cu fir de argint, iar tegumentele cu crin de Florența. Se aplică un bandaj.

25 Septembrie. Se scot firele ; reunire per primam. Se aplică un nou bandaj, iar la 27 Septembrie bolnavul iese vindecat.

OBSERVAȚIA XVIII

Fractura cominutivă a claviculei stângi în 1/3 mijlocie, Sutura cu fir de argint.

A. I. servitoare, de 39 ani, intră în serviciul d-lui Prof. Severeanu la 6 Aprilie 1904. Cu patru zile înainte, bolnava cade de pe o scară de la o înălțime de 6 m. pe partea laterală stângă. Acuză dureri vii în umărul atâng. Prin palpare se simte o întrerupere de continuitate a osului. Fragmentele mobile și puțin dislocate. Mișcările membrului superior stâng sunt reduse și foarte dureroase.

Operația, 8 Aprilie. Se face pe claviculă o incizie de 8 c. m. Se dă de focarul fracturei, care se curăță, extrăgându-se două eschile. Se reduc fragmentele, se mențin pe un ecartor, se perforează și se face sutura cu fir de argint; iar părțile moi cu catgut. La 18 Aprilie reunire per primam ; se concediază din spital pentru a veni la schimbarea pansamentului peste 4 zile.

OBSERVAȚIA XIX

Fractura claviculei drepte în 1/3 externă.— Sutura cu fir de argint.

Maria L., de 53 ani, intră în serviciul D-lui Profesor Severeanu la 11 Octombrie 1907. In urma unui accident ce i s'a întâmplat în aceeași zi căzând dintr'o căruță pe umărul drept, simte o durere vie la acest nivel, ne mai putând mișca membrul corespondent. *Starea locală.* La palpare, se simt crepitațiuni și se observă că clavicula dreaptă este fracturată în 1/3 externă. Fragmentele sunt încălecate, cel

Scanned with OKEN Scanner

intern este ridicat în sus și înainte, cel extern în jos și înapoi. La nivelul fracturi pielea este echimozată, bolnava acuză dureri mari și nu poate executa nici o mișcare.

Operația la 3 Octombre 1907 de Dr. Jianu. Reduce fragmentele, le suturează cu fir de argint și se reconstituește periostul, se suturează tegumentele, se aplică pansament.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSII

In tratamentul fracturilor claviculare întrebuinţăm două procedee!

A) Procedeul prin bandage sau aparate; şi

B) Procedeul prin sutura osoasă.

Vom întrebuinţa procedeul prin bandage sau aparate:

1) In fracturile fără deplasare;

2) In fracturile cu deplasare uşor de corijat şi uşor de menţinut în poziţia lor normală.

Sub scutul chirurgiei aseptice, vom întrebuinţa procedeul prin sutură osoasă:

1) In fracturile reductibile, dar greu de menţinut, reduse:

2. In fracturile imposibil de redus sau cu neputinţă a le menţine reduse;

3. In fracturi complicate de plăgi, produse de un traumatism violent sau prin armă de foc; în fracturi cu eschile cari vor ameninţa a leza pachetul vasculo-nervos.

In faţa unei asemenea fracturi ni se prezintă două indicaţiuni terapeutice:

a) Curăţirea plăgii; *b*) extragerea eschilelor.

Vom profita de această ultimă intervenţiune şi vom sutura cele două fragmente osoase înainte de a închide plaga;

4. In fracturile claviculei fără plagă sau închise când avem leziuni sau compresiuni nervoase sau vasculare;

5. In fracturile vechi, când s'a produs un calus vicios sau o pseudartroză.

Prin tratamentul fracturilor prin aparate sau bandaje întârziem vindecarea şi nu avem totdeauna o consolidare a fracturei.

Prin sutura osoasă scurtăm durata tratamentului, evităm calusurile mari, calusurile fibroase exuberante, vicioase, dureroase.

Scanned with OKEN Scanner

Prin sutura osoasă păstrăm lungimea normală oasului, fapt dela care depinde buna funcţionare a membrului corespondent.

Nu avem aparate sau bandaje stabilite în indicaţiile ce le cer.

In sutura osoasă avem trei procedee :

a) procedeul cu fire de argint ; *b*) procedeul cu plăci metalice şi *c)* procedeul cu scoabe.

Majoritatea chirurgiilor preferă procedeul cu fire de argint pentru că ele permit o coaptare mai perfectă a fragmentelor şi prin modul lor de înodare ne permit a-l deslega mai uşor putând astfel a-l retrage fără a face desordine în os.

Intervenţiunea prin sutura osoasă a fragmentelor în tratamentul fracturilor claviculei este o operaţiune benignă şi care dă rezultate din cele mai satisfăcătoare.

Consolidarea se obţine de obicei într'o durată de 20—25 zile. Calusul este puţin voluminos şi nedureros ; în unele cazuri abia apreciabil prin palpare.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei
Prof. Dr. **C. Angelescu**

Decanul Facultăţii
Prof. Dr. **Th. Ionescu**

In afară de subiectul tezei candidatul este obligat a răspunde la orice chestii medicale, ce i se vor pune de către juriul de promoţiune.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Anghel.—Un nou procedeu de protează osoasă prin scoabe metalice „Rev. de Chirurgie“ 1898, pag. 22.

E. Bergmann.—„La radiographie dans l'étude des fractures et des luxations“. Rapp. XIII Congr. inter. de med. sect. de chirg. 1900. Compt. rend. p. 327.

P. Berger. — Du traitement des fractures non compliquées des plaies par les méthodes nouvelles. Intervention sanglante. „Touraine méd.“. Tours, 1902, II, 25.

Berard.— Deux cas de pseudarthorose traité par l'avivement et la suture des fragments. Lyon, méd. 1902, 800.

Bérenger Féreant.—De la suture des os dans les fractures compliquées. „Bull. de thérap.“ Juillet, 1866.

— De la suture des os. „Gazette hebd.“ 1867.

— Traité des fractures nonconsolidées, 1871.

Bec.—Contribution à l'étude de la suture osseuse dans les fractures de la Clavicule. Th. de Bordeaux, 1895.

Brainard.—Mémoire sur les fractures non réunies, 1884.

Billroth.— Pathologie de thérap. générale chirurgicale, 1887.

Butter W. E.— Report of a case of laceration of the subclaviar artery from a fractured Clavicle. „Broocklyn M. Y.“ 1903, XVII, 64.

Calligari P.— Des indications de la suture osseuse dans les fractures de la clavicule. Th. Paris 1891.

Championnière.— Contribution à l'etude des lesions des troncs veineux de la base du cou dans les fractures de la clavicule. Th. Paris. 1882.

Croozet.— La suture osseuse. Thèse de Montpelier.

Cotton F. Y.— Sub-periosteal fractures. „Boston M. a. S. Y.“ 1900 CXLIII. 553.

Curtillert. — Régénération osseuse sur appareil prothétique interne. Bull. soc. de Chir. de Lyon, 1900, III, 164.

Scanned with OKEN Scanner

Delens. — Des fractures de l'extrémité interne de la clavicule (Arch. gén. de méd., mai 1873).

Delorme. – Sur le traitement des fractures des diaphises. „Bulletin et mémoires Soc. Chirg. de Paris" 1900 XXV 321.

— Sur le traitement des fractures. „Rev. ilust. de politech. med. et Chir." Paris, XIII 119—127.

Delpeck J.—Chirurgie Chimique de Montpelier. Paris 1825.

Denucé.—Art. Pseudarthrose, Dict. Joccoud.

Doysi.—De la Prothèse interne au moyen d'attelles d'aluminium. Thèse de Lille, 1894.

Dujarier Ch. et Jacoël.—De la suture Osseuse au moyen d'agraffes. „Bull. et mém." soc., Anat., Paris 6 s. III 651—52.

Esquerds A.—Principios generales que debeu informar el tratamiento de las fracturas. „Rev. de méd. y. Chirg." Barcel. 1902 XVI (1—11-e).

Forgue et Reclus.—Therapeutique Chirurgicale 1892.

Fouilloux Th.—Contribution à l'étude des pseudarthroses et en particulier à leur traitement par la suture ossense, Paris, 1881.

Gratshoff L. — Du traitement des fractures de la Clavicule „Rev. de Chir." Paris 1900, XXI 186—221.

Hackler G. M. — The treatement of fractures of the Clavicle „Texas M. News., Austen", 1900 X 12–15.

Iosef Baret. — Contribution â l'étude des lésions du plesus brachial dans les fractures fermés de la clavicule.

Johnson A. B. — Ununited fracture of Clavicle treated by suture. „Ann. Surg. Philad. 1903, XXXVIII, 99.

Lambotte A. — Note sur une nouvelle Suture ósseuse; fixateur à vis pour les fractures des os long. „Ann. Soc. Belge de Chir." Broox. 1902, X. 112.

Legendre E.L.—De la valeur comparée des différentes méthodes de traitement des fractures. Thèse, Paris, 1857.

Malgaine.—Traité des fractures, t. I, pg. 318.

Mercier F. O.—De la suture méthalique dans le traitement des fractures. „Rev. Med.", Montreal 1902, VI. 237—239, 243–244.

Ollier.—Traité de l'immobilisation direct des fragments osseuses dans les fractures. Paris, 1870.

Petrov A.—Traitement des fractures de la clavicule par suture avec des fils méthaliques. „Spis Soph".

Potârcă I. — Cercetări experimentale asupra consolidărei fracturilor claviculare, „Presa Medicală Română" No. 3, 1894.

Scanned with OKEN Scanner

Presse Médicale. — 1903. Agrafes osseuses par jacoël, p. 184; p. 540; 851.

Richard. — Traité de chirurgie. Duplany et Reclus, 1897.

Reclus. — Agrafes osseuses. „Bull. soc. chirurg.“ 10 Déc. 1902.

Rieffel. — Traité de chirurgie clinique et opératoire de A. Le Dentu et Pierre Delbet, 1896.

Tile V. A. — Traitement des fractures de la clavicule „Vratch“, St. Petersb., 1901, XXII, 1465—68.

Tillaux.— La fracture de la clavicule et son traitement. „Rev. internat. de méd. et de chir.“, Paris, 1902, XIII, 307.

Scanned with OKEN Scanner